



Seguradora Líder • DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



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, Mozarélio Sifério da SilvaPORTADOR(A) DO RG Nº 01301154230EXPEDIDO POR Detran/PREM 13/03/13CPF 22530428204 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO autônomo

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.800,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA. Mozarélio Sifério 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](http://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.

C 4 SET 2013

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido escrutado 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 001Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2617-4Nº 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.

Bonito-PR 23 de Agosto de 2016

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.dpvalsegurodobrasileiro.com.br](http://www.dpvalsegurodobrasileiro.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: NAZARIO SILVERIO DA SILVA  
AGENCIA: 2617-4 CONTA: 12.463-X

DEPÓSITO DE SINISTRO  
BRL  
12.463-X

04 SET 2016

RODRIGO SILVEIRA G.  
Av. Getúlio Vargas, 41000-000  
Belo Horizonte - MG - CEP: 30310-000

---

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](http://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](http://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 inicio 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,



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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio 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 n°: 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](http://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.º	0015702
OCORRÊNCIA:	<input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> CLÍNICO
CÓDIGO:	T-OS
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		18 h 58 min	19 h 01 min	19 h 07 min	19 h 37 min

## 1. DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas N° 5/5 BAIRRO: São Vicente

CIDADE: Boa Vista PONTO DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

**LOCAL DA Ocorrência**  **RESIDÊNCIA**  **TRABALHO**  **VIA PÚBLICA**  **OUTRO:**

## 2. DADOS DO PACIENTE/VITIMA

Nome: Nazário Silverio da Silva R.G.: 14103/RR  
D.N.: 28/06/66 IDADE: 49 SEXO:  Masculino  Feminino NECESSIDADES ESPECIAIS:  SIM  NÃO  
Endereço: Rua Pinto n° Jardins N 1086 BAIRRO: Aeroporto  
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: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

**Testemunha:**

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	<b>15</b> 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 à dor (Decorticacão) <input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal à dor (Descerebração) <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<hr/> <hr/> <span style="float: right;">Pontos</span>

## 6. SINAIS VITAIOS

PA: — FR: — FC: — SD: — Temperature: —

ZÁVALIACÍ ODEZVY ÚVODNÉHO VÝKONU

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA - SUBJETIVA

ALERGIA:  NAO  SIM - QUAL (s): \_\_\_\_\_ CERTIFICADO: \_\_\_\_\_

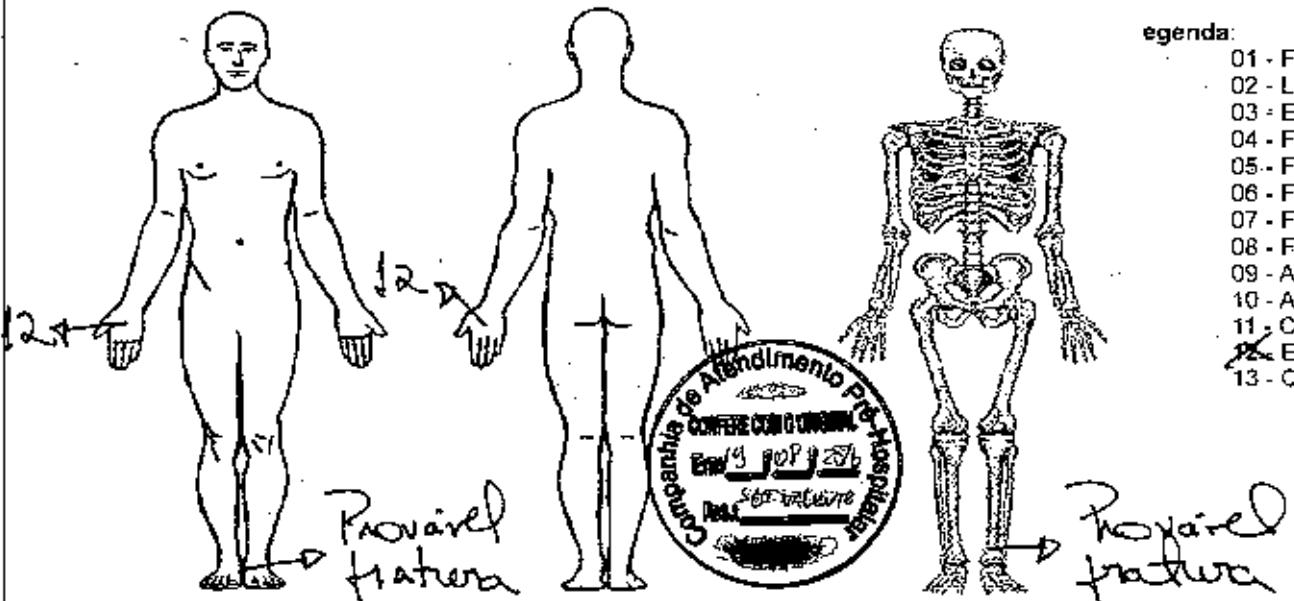
## 8 Casos ejemplos

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

## 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 - planão 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 - Confusão
- 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 como impacto e que havia retirado seu capacete. Em nossas ambulâncias pudemos observar escoriações em suas MUS, assim como uma provável fratura não exposta com hemorragia em seu MIE. Realizamos imobilização 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 type="checkbox"/> Outros: _____ |
| <input type="checkbox"/> CNH                    | <input type="checkbox"/> Cheque _____ Fls           | <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 Antônio                 | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| <input type="checkbox"/> P.A. Airton 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

- |                                  |                                   |   |
|----------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Crítico | <input type="checkbox"/> Instável | <input checked="" type="checkbox"/> Estável |
|----------------------------------|-----------------------------------|---|

## 15. EQUIPE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

- |                                    |                                   |                                     |   |
|------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|---|
| Chefe de equipe: <i>Sgt. Breal</i> | Socorrista (s): <i>Sgt. Breal</i> | Condutor da VTR: <i>Sgt. Condor</i> | Resp. pelo preenchimento: <i>Sgt. Evangelista</i> |
|------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|---|

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

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

*DT. CALANDRINI*  
CRM 197



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



Documentário emitido no Distrital

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 SÉRIE J 066161 Data: 14/01/2016  
Delegado de 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

EN VOLVIDO(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  
Bairro: São Vicente  
Número: 2691  
Telefone: (95) 69126-4334 (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

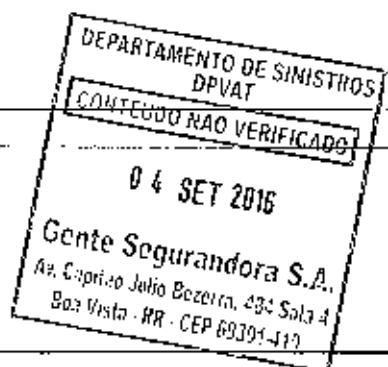
Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Rua Pinto Martins  
Bairro: Aeroporto  
Número: 1085

**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

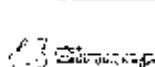


OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

"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



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

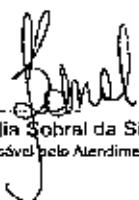
Página 1 de 2

# BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001508/2016-A02

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



Maricelia Sobral da Silva  
Responsável pelo Atendimento

Rop/Pm Série J Nº 066166  
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-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."





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:

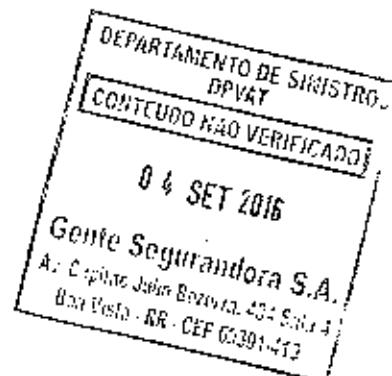
O comunicante informa que os dados do veículo envolvido no referido acidente são: MOTO YAMAHA/XTZ 125E, COR AZUL, PLACA NAL7742, CHASSI 9C6KE1250A0013906. É o Relato.

Boa Vista - RR, 26 de Julho de 2016.

*Jorge Fernando P. Figueiredo*  
**JORGE FERNANDO P. FIGUEIREDO**

Agente de Policia Civil

*Nazário Silvério da Silva*  
**NAZARIO SILVERIO DA SILVA**  
Comunicante





Documento de identificação

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

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: 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 Vítimas 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 complicações.

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

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

SIM  NÃO

Existindo sequela(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, nº1º 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 sequela 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 ANATÔMICO 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  
CARTOLINA  
MEDICINA LEGAL E PERÍCIA MÉDICA

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.

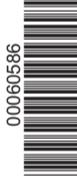
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio 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** SEM SEQUELAS  
**médico pericial:**

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE 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 CORREIA 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

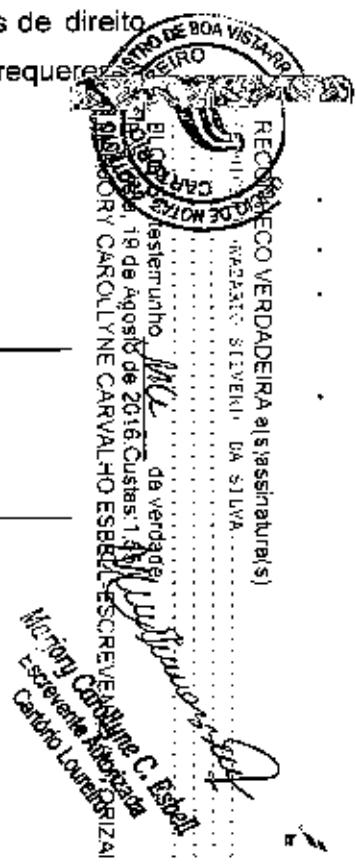
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de 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.

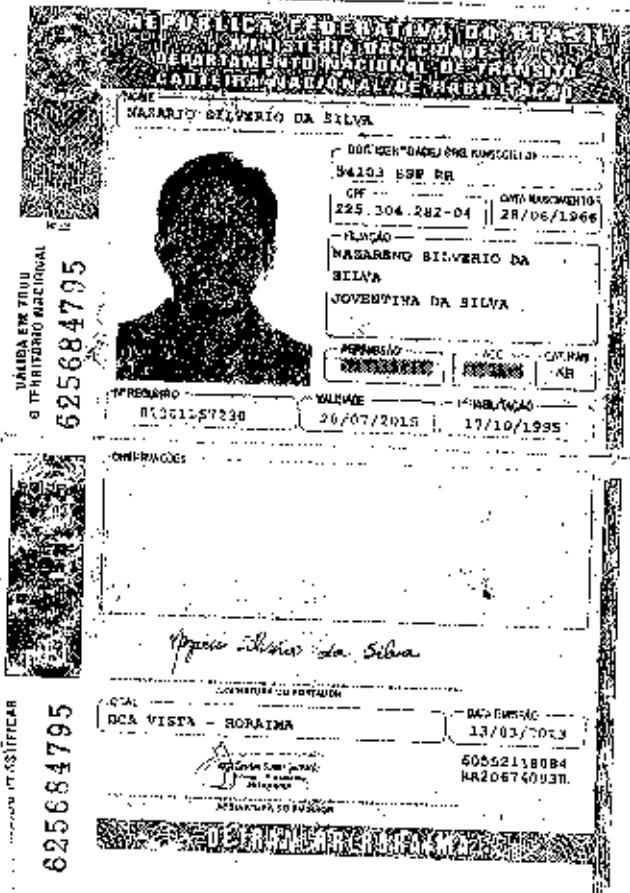
NAZÁRIO SILVÉRIO DA SILVA.

Belo Horizonte - MG, 19 de Agosto de 2016

Local e data

Assinatura do Outorgante  
(reconhecer firma por autenticidade)





CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

00127

Validade do documento

VALIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

**905314502**

Nome: **DENIZÉ CORRÊA DANTAS**

DOC. IDENTIF. ÓRG. (MACORUF)  
3142659 SSP RR

CPF: **792.657.152-00** DATA Nascimento: **06/03/1979**

PAISÃO: **JOSE DE SOUZA CORRÊA**

MAMELIMA LOBATO DA  
SILVA

SEXO: **M** CAT. P: **0**

N.º REGISTRO: **D4553412351** VALIDADE: **20/03/2015** EXPEDIDOR: **31/05/2010**

**905314502**

PERÍODO PLASTIFICAR:

*Denizé Corrêa Dantas*

ESTRUTURA DE PORTARIA

Local: **BOA VISTA - RORAIMA** DATA DE EMISSÃO: **25/06/2014**

Assinatura: **Denizé Corrêa Dantas**  
Denizé Corrêa Dantas  
Denizé Corrêa Dantas

**DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO (RORAIMA)**



Validade do documento

DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO  
RR/DT

C 4 SET 2016

Denizé Corrêa Dantas  
Denizé Corrêa Dantas  
Denizé Corrêa Dantas

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, EDITE DA SILVA ANDRADE

RG nº 88.318 SSP/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 ROLAIMA, 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 Nazálio S. da Silva, cujo o condutor era NAZÁLIO SILVÉRIO DA SILVA

Veículo:

Modelo: YAMAHA / XTZ 125 E

Ano: 2010

Placa: NAL 7742

Chassi: 9C6KE1250A0013906

Data do Acidente: 14/01/2016

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

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 - TABELIÃO E REGISTRAÇÃO  
AVENIDA VILLE BOZAI, N° 3653 - CENTRO - BOA VISTA/RR  
TEL: (95) 3624-6097

**RECONHECO VERDADEIRA a(s)assinatura(s)**  
Edite da Silva Andrade

**VSOS Em testemunho** L/ **da verdade.**  
Boa Vista, 28 de Julho de 2016. Custas: 1,55  
MARIA DE JESUS DE SOUZA ROCHA - Escrivão de Peça AUTORIZADA  
M. S. Rocha  
Escrivão de Peça AUTORIZADA  
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 / PSF  
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		28/08/1966	49 A 6 M 16 D	705004266226050	22530428204	00084360			
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade		
IDENTIDAD 54103		SSP/RR		M	SOLTEIRO(A)	PARDA	BOA VISTA - RR		
Mãe				Pai	NAZARENO SILVEIRO		Contato		
JOVENTINA DA SILVA							(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	Sig Prenatal	
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				Pressão	
Setor	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.			
GRANDE TRAUMA	RESCATE				Registrado por:	
Quaisxa Principal	[ ] Síndrome Febril [ ] Sintomático Respiratório [ ] Suspeita de Dengue					LEANDRO

Anamnese de Enfermagem	GSC	TOTAL
	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

[ ] RAIOS-X [ ] ULTRA-SON [ ] TC [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] ECG [ ] OUTROS: \_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPMAT	Jean E. Cardalha Mat. 40001351 SAMU/HGR	
ELONTEUDO NAO VERIFICADO	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Eduardo Gomes, 3308 Boa Vista - RR - CEP 69301-470	
6-6 SET 2016	ALTERAÇÃO	
Gente Seguradora S.A. Av. Capitão Júlio Dantas, 304 Sala 9 Boa Vista - RR - CEP 69301-470	20 SET 2016	
	00:00-00:00, Fá cultura presente	

Conduta

- [ ] Alta por Decisão Médica  
[ ] Alta a Pedido  
[ ] Alta a Revisão  
[ ] Transferência para:

- [ ] Ambulatório [ ] Consulta [ ] Consulta [ ] Observação (Até 24h)  
[ ] Internação  
Data e Hora da Saida/Alta: / / : : : :

Óbito

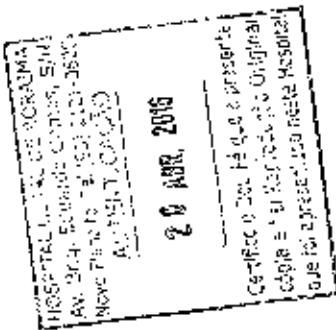
Antes do 1º Atendimento? [ ] Sim [ ] Não Destino: [ ] Família

[ ] IML Anatomia Patológica

CALANDRINI  
CAM 267

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico  
Dr. CALANDRINI  
CAM 267Impresso por: Leandro  
Data Hora: 14/01/2016 19:59:59



Residencia de Clínica  
Dr. Pedro H. Gómez

abnormal -  
abnormal -

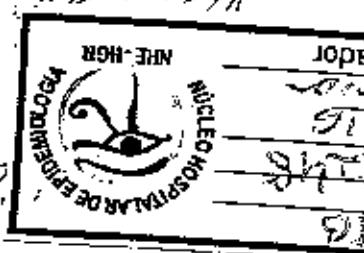
to Dr. John Lang

1920-1921

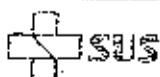
④ 2 N + m w

... on the side of the road.

9111013







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 - FONE DE CONTATO

10 - FONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

EDUARDO GOMES

AV. BORGES DE MEDINA

NOVO HAMBURGO - RS - 92100-000

AUTENTICO

20 ABR. 2016

Certifico e dou fé que o presente  
côpia é fidelíssima à original  
que foi assinado 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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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 CONSELHO)

### PRÉENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURODORA

37 - N° DO EMISSOR

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - COD.

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTONÔMO

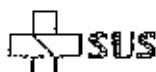
( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) PENSIONADO

( ) DEPENDENTE

( ) NÃO SEGURO



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

Nunes Silveira de Sá

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TÉLEFONE DE CONTATO

11 - TÉLEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Painel vitais de aineda de -08 com  
fatores negativos de TNz ( )

HOSPITAL FEDERAL  
Av. Brig. Eduardo Gómez, 2  
Novo Planalto. Tel (35) 2121-6621  
ALTERAÇÕES

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

20/09/2016

Certifico o que consta no laudo  
desta à noite de ontem

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

EF + R

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CÓDIGO DO CONSELHO 24 - CÓSAS ASSOCIADAS

Entes negativos de TNz ( )

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

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

Dr. Giovanni

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr. Pedro / Dr. Fabrício

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

14/10/16

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

Residente nº 1615

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - CNPJ DA SEGUROADORA

37 - N° DO BILHÉTE

38 - SÉRIE

1 - ACIDENTE DE TRABALHO

2 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

3 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

4 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

5 - EMPREGADO

6 - EMPREGADOR

7 - AUTÔNOMO

8 - DESEMPREGADO

9 - APOSENTADO

10 - FERIDAS/LESÕES

11 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

12 - EMPREGADO

13 - EMPREGADOR

14 - AUTÔNOMO

15 - DESEMPREGADO

16 - APOSENTADO

17 - FERIDAS/LESÕES

18 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

19 - EMPREGADO

20 - EMPREGADOR

21 - AUTÔNOMO

22 - DESEMPREGADO

23 - APOSENTADO

24 - FERIDAS/LESÕES

25 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

26 - EMPREGADO

27 - EMPREGADOR

28 - AUTÔNOMO

29 - DESEMPREGADO

30 - APOSENTADO

31 - FERIDAS/LESÕES

32 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

33 - EMPREGADO

34 - EMPREGADOR

35 - AUTÔNOMO

36 - DESEMPREGADO

37 - APOSENTADO

38 - FERIDAS/LESÕES

39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

40 - EMPREGADO

41 - EMPREGADOR

42 - AUTÔNOMO

43 - DESEMPREGADO

44 - APOSENTADO

45 - FERIDAS/LESÕES

46 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

47 - EMPREGADO

48 - EMPREGADOR

49 - AUTÔNOMO

50 - DESEMPREGADO

51 - APOSENTADO

52 - FERIDAS/LESÕES

53 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

54 - EMPREGADO

55 - EMPREGADOR

56 - AUTÔNOMO

57 - DESEMPREGADO

58 - APOSENTADO

59 - FERIDAS/LESÕES

60 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

61 - EMPREGADO

62 - EMPREGADOR

63 - AUTÔNOMO

64 - DESEMPREGADO

65 - APOSENTADO

66 - FERIDAS/LESÕES

67 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

68 - EMPREGADO

69 - EMPREGADOR

70 - AUTÔNOMO

71 - DESEMPREGADO

72 - APOSENTADO

73 - FERIDAS/LESÕES

74 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

75 - EMPREGADO

76 - EMPREGADOR

77 - AUTÔNOMO

78 - DESEMPREGADO

79 - APOSENTADO

80 - FERIDAS/LESÕES

81 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

82 - EMPREGADO

83 - EMPREGADOR

84 - AUTÔNOMO

85 - DESEMPREGADO

86 - APOSENTADO

87 - FERIDAS/LESÕES

88 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

89 - EMPREGADO

90 - EMPREGADOR

91 - AUTÔNOMO

92 - DESEMPREGADO

93 - APOSENTADO

94 - FERIDAS/LESÕES

95 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

96 - EMPREGADO

97 - EMPREGADOR

98 - AUTÔNOMO

99 - DESEMPREGADO

100 - APOSENTADO

101 - FERIDAS/LESÕES

102 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

103 - EMPREGADO

104 - EMPREGADOR

105 - AUTÔNOMO

106 - DESEMPREGADO

107 - APOSENTADO

108 - FERIDAS/LESÕES

109 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

110 - EMPREGADO

111 - EMPREGADOR

112 - AUTÔNOMO

113 - DESEMPREGADO

114 - APOSENTADO

115 - FERIDAS/LESÕES

116 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

117 - EMPREGADO

118 - EMPREGADOR

119 - AUTÔNOMO

120 - DESEMPREGADO

121 - APOSENTADO

122 - FERIDAS/LESÕES

123 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

124 - EMPREGADO

125 - EMPREGADOR

126 - AUTÔNOMO

127 - DESEMPREGADO

128 - APOSENTADO

129 - FERIDAS/LESÕES

130 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

131 - EMPREGADO

132 - EMPREGADOR

133 - AUTÔNOMO

134 - DESEMPREGADO

135 - APOSENTADO

136 - FERIDAS/LESÕES

137 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

138 - EMPREGADO

139 - EMPREGADOR

140 - AUTÔNOMO

141 - DESEMPREGADO

142 - APOSENTADO

143 - FERIDAS/LESÕES

144 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

145 - EMPREGADO

146 - EMPREGADOR

147 - AUTÔNOMO

148 - DESEMPREGADO

149 - APOSENTADO

150 - FERIDAS/LESÕES

151 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

152 - EMPREGADO

153 - EMPREGADOR

154 - AUTÔNOMO

155 - DESEMPREGADO

156 - APOSENTADO

157 - FERIDAS/LESÕES

158 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

159 - EMPREGADO

160 - EMPREGADOR

161 - AUTÔNOMO

162 - DESEMPREGADO

163 - APOSENTADO

164 - FERIDAS/LESÕES

165 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

166 - EMPREGADO

167 - EMPREGADOR

168 - AUTÔNOMO

169 - DESEMPREGADO

170 - APOSENTADO

171 - FERIDAS/LESÕES

172 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

173 - EMPREGADO

174 - EMPREGADOR

175 - AUTÔNOMO

176 - DESEMPREGADO

177 - APOSENTADO

178 - FERIDAS/LESÕES

179 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

180 - EMPREGADO

181 - EMPREGADOR

182 - AUTÔNOMO

183 - DESEMPREGADO

184 - APOSENTADO

185 - FERIDAS/LESÕES

186 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

187 - EMPREGADO

188 - EMPREGADOR

189 - AUTÔNOMO

190 - DESEMPREGADO

191 - APOSENTADO

192 - FERIDAS/LESÕES

193 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

194 - EMPREGADO

195 - EMPREGADOR

196 - AUTÔNOMO

197 - DESEMPREGADO

198 - APOSENTADO

199 - FERIDAS/LESÕES

200





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
LAUDO

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR

Paciente Alcione Silveira do Nascimento anos;

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

No dia 16/11/16 foi submetido à cirurgia de  
redução e imobilização de lateral da 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

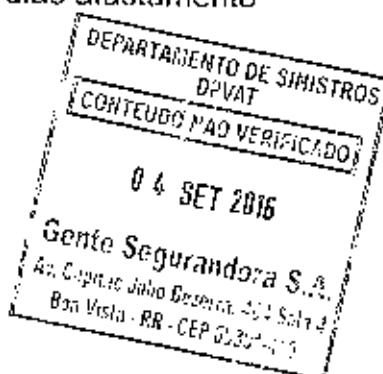
Encaminhamento para ambulatório do HCM/ORTOPÉDIA dia  
16/12/16 às 13h terça-feira com Dr. Alberto Ferreira

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

DEPARTAMENTO DE ORTOPÉDIA	dia
Novo Horizonte Tel (62) 2222-0622	
AUTENTICAÇÃO	
20 ABR. 2016	
Certifico e sou Eu que o presente	
dia 6/04/2016, no dia de 04/04/2016	
fui atendido no Hospital Geral de Roraima	

ATESTADO, ao perito sugiro 30 dias afastamento

CID:



Boa Vista-RR 27/11/16

Erasmo 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		HAS		DM2		
IDADE	49	LEITO	120-1	DATA	27/01/2016	
ITEM	PREScrição				HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE				S/N	
2	SF 0,9% 500ML EV EM 24 HS				S/N	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				S/N	
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H				12 18 24 06	
5	NIMESULIDA 100MG VO 12/12H				SUSP	
6	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H S/N				S/N	
7	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU D1 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				S/N	
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				S/N	
9	SE FALTAR ITEM 10 REALIZAR OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJU				S/N	
10	RANITIDINA 50MG EV 8/8H				14 22 06	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S/N	
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H (S/N)				S/N	
13	CURATIVO DIÁRIO				Rotina	
14	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina	
15	METRÓNIDAZOL 500MG EV 8/8HS				14 22 06	
16	<i>Alta hospitalar</i>					
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 DIFICULDADE, SEM ALTERAÇÕES.

# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, FEVERIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, ABN. 2016

HIDRATADO. OOL

# SOLICITADO:

# CONDUTA:

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2016

Gente Seguradora S.A.  
Av. Presidente Júlio Deodoro, 404 Setor J  
Boa Vista - RR - CEP 69380-000

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brig. Edmundo Góes, 1111  
Novo Horizonte, Tel./SE: 3121-3022

Centro e Sul Fazenda das Laranjeiras  
Cópia é feita para a Gente Seguradora  
para o seu uso interno.

É proibida a sua divulgação  
ou uso para fins comerciais.

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	ERNAME BRUNO RODRIGUES COELHO
6 H					MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.
12 H					CRM 1732-RR
18 H					
24 H					



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



DATA DE ADMISSÃO	12/01/2016	DIH	14	DN	05/06/1994
PACIENTE	NAZARIO SILVERIO				
DIAGNÓSTICO	TNZ				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	49	LEITO	120-1	DATA	25/01/2016
ITEM		PRESCRIÇÃO			
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	SF 0,9% 500ML. EV EM 24 HS				S/AD
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				12h Revisor
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H				18-22-06
5	NIMESULIDA 100MG VO 12/12H				
6	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H S/N				SUSP
7	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SV
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SV
9	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM				SV
10	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H				00
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				—
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SV
13	CURATIVO DIÁRIO				SV
14	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
15	METRÓNIDAZOL 500MG EV 8/8HS				HC 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, APERIBRINTE, SUPINÉICO, NO RIVOCOBADO, APEX ENG. E CÍRCO (S/AD), DPOVAT, NOVO PLANETA TEL (65) 3221-3222, AUTO: 112-1170

#SOLICITADO:

#CONDUTA:

#PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

04 SET 2016  
Gente Seguradora S.A.  
Av. Capitão Júlio Bezerra, 485 Sala J  
Bau Vista - RR - CEP 69004-410

20 AGO. 2016  
Certifico e Dou fé que a Dr. ERNANE BRUNO RODRIGUES COELHO  
foi eleita para exercer a profissão de Médico Residente em ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.  
CRM 1732-RR

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	ERNANE BRUNO RODRIGUES COELHO MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA. CRM 1732-RR
6 H	340x80	79	—	—	
12 H	120x80	72	—	35.8°C	
18 H					
24 H					

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: NAZARÉS SILVEIRA LEITO: 120-1

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_ DATA: 26/07/16

ITEM	DESCRICAÇÃO	HORÁRIO																													
1	Dieta oral livre	SND																													
2	SP 0,9% 1000 ml (24h)	12 - 24																													
3	Cefalotina 1g 1amp + AD (EV) 6/6h	12 - 18 - 24 - 06																													
4	Tenoxicano 20mg - 1amp EV 12/12h ou VO 20ml de 12/12h	10 - 22																													
5	Omeprazol 40mg - 1amp EV pela manhã	06																													
6	Metoclopramida 10mg EV 8/8h (S/N)	S/N																													
7	Dipirona 500mg /ml - 2ml EV 6/6h	12 - 18 - 24 - 06																													
8	Tramadol 100mg (VO) ou + SF 0,9% 100 ml EV 8/8h	14 - 22 - 06																													
9	Captopril 25mg VO se PAS $\geq$ 160 e/ou PAD $\geq$ 100 mmHg	S/N																													
10.	Glicemia capilar ( ) Corrigir conforme esquema abaixo:	S/N																													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Glicosemia</th> <th>INSULINA REGULAR</th> </tr> </thead> <tbody> <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>&gt; 400</td> <td>10 UI SC - AVISAR AO PLANTONISTA</td> </tr> <tr> <td>&lt; 70</td> <td>GLICOSE 50% 40 ml EV + AVISAR AO PLANTONISTA</td> </tr> </tbody> </table>	Glicosemia	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 border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>GLICEMIA</th> <th>L.R.</th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </table>		GLICEMIA	L.R.	12:00			18:00			24:00			06:00		
Glicosemia	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	L.R.																													
12:00																															
18:00																															
24:00																															
06:00																															
11.	Curativo diário 1x ao dia	M																													
12.	Sinais vitais + Cuidados gerais 6/6 h	ROTA																													
13.																															
14.																															
15.																															
16.																															
Evolução Médica:		DEPARTAMENTO DE SINISTROS CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 04 SET 2016 Sento Seguradora S. A. Rua Capim, 3000 Boa Vista, 63150-000 Boa Vista - RR - CEP 69301-000	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Rua Dr. José Soárez, 500 Novo Horizonte, 69301-000 AUTENTICAÇÃO 23/07/2016																												

SINAIS VITAIS

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

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 28/03/16

O.S. \_\_\_\_\_

Nazaré S. V. V. V.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTENDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2016

Gente Seguradora S.A.  
Av. Capitão Júlio Bezerra, 491 Sala 4  
Bom Jesus - Ceará - CEP 62301-410

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: OSSÍFICOS (NEXO)

TIPO DE INTERVENÇÃO: Cirurgia

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGÃO: Dr. Max Souto Mator  
Ortopedista / Traumatologista

1º auxiliar:

2º auxiliar: Medicina do Trânsito  
CRM 095 - RR

INSTRUMENTADORA:

3º auxiliar:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

NÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ACESSO AO NEXO OSSÍFICO
- CAVO DOS OSSÍFICOS
- ACESSO AO NEXO OSSÍFICO
- OBSERVAÇÃO DE NEXOS VÍSCEROS
- DESENVOLVIMENTO DE LIGAÇÕES ENTRE OS NEXOS E OS VÍSCEROS
- NEXO DE CONEXÃO ENTRE OS NEXOS E OS VÍSCEROS
- SINDENSISSA
- ACESSO AO NEXO INFERIOR
- ACESSO AO NEXO SUPERIOR
- DESENVOLVIMENTO DE LIGAÇÕES ENTRE OS NEXOS E OS VÍSCEROS
- NEXO DE CONEXÃO ENTRE OS NEXOS E OS VÍSCEROS
- SINDENSISSA
- SINDENSISSA

Alberta Fernanda da Souza  
Médico Ortopedista Traumatologista  
CRM 1617  
Título Especialista 12008

Dr. Max Souto Mator  
Ortopedista / Traumatologista  
Medicina do Trânsito  
CRM 095 - RR

HOSPITAL GESTÃO CLÍNICA  
Av. Rio Br. 14 - Centro  
Fortaleza - Ceará - CEP 60130-000  
AUTENTICACAO  
20 ABR. 2016

Certifico e sou eu o(a) que o(a) paciente  
apresenta os sintomas de dor, edema, inchaço  
que foi observado(a) no dia 20/03/2016

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Nazário Sibyénio de Siqueira  
Cirurgião Responsável Dr. Alberto

ENTRADA DA EQUIPE (SITIO CIRÚRGICO)

PACIENTE CONFIRMOU

- Identidade
- Sítio Cirúrgico
- Procedimento
- Consentimento

RISCO CIRÚRGICO

- Aplica
- Não se Aplica

DATA	DESEMBALHO DE SITIOS	DEPARTAMENTO	ENTREGUE NA VERIFICAÇÃO	DATA	GERENTE
04	SET 2016	04	SET 2016	04	Set 2016

Av. Cidade Jardim, 660 - Centro - RR - CEP 69300-000

Assinatura e Carimbo: DR. ALBERTO

SÍTIO DEMARCADO/NAO SE APLICA

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUIDA

EXAMINAMENTO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALEXIA CONHECIDA

- Não
- Sim

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

- Não

- Sim, o equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ml

- Não

- Sim, o acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Data 20/11/16

Assinatura e Carimbo: DR. ALBERTO  
Hora: 10:10

ANTES DA INCISÃO

Anestesista Dr. Lúcio + Pj. Dr. Rogério

CAUSA CIRÚRGICA: Ressecção de útero

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMERO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- Identificação do paciente
- Sítio cirúrgico
- Procedimento

DATA	DESEMBALHO DE SITIOS	DEPARTAMENTO	ENTREGUE NA VERIFICAÇÃO
04	SET 2016	04	SET 2016

Av. Cidade Jardim, 660 - Centro - RR - CEP 69300-000

Assinatura e Carimbo: DR. ALBERTO

DATA	DESEMBALHO DE SITIOS	DEPARTAMENTO	ENTREGUE NA VERIFICAÇÃO
04	SET 2016	04	SET 2016

Av. Cidade Jardim, 660 - Centro - RR - CEP 69300-000

Assinatura e Carimbo: DR. ALBERTO

DATA	DESEMBALHO DE SITIOS	DEPARTAMENTO	ENTREGUE NA VERIFICAÇÃO
04	SET 2016	04	SET 2016

Av. Cidade Jardim, 660 - Centro - RR - CEP 69300-000

Assinatura e Carimbo: DR. ALBERTO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA DA SALA DE OPERAÇÕES

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DA EQUIPE MEDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

1) O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

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

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

4) SE HOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

5) O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS

REVISÃO DO CIRURGIAO:

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

Assinatura e Carimbo

UNIDADE:	HGR				
NOME:	Na <sup>z</sup> aro Silveira				
IDADE:	49	REGISTRO:			
BLOCO:	A	ENFERMARIA:	01 <sup>o</sup> ORTOPÉDICO	LEITO:	120-01
UTI:		EMERGÊNCIA:			
DE:	01 <sup>o</sup> ORTOPÉDICO	PARA:	Condicionado		

**Dados Clínicos:**

## Sources Risk Considerations

HOSPITAL GERAL DE S. JOSÉ  
Av. Br. Edvaldo Góes, 892  
Ilheus-Pi. Tel (033) 21.11-0000  
AUTENTICAÇÃO

Certifico o Drº Fábio que o presente  
cópia é da respectiva queixa que foi  
feita ao procurador, o Drº Fábio.

Dr. Hugo Kromder  
Medico Residente  
Gremada e Instituto  
C.R.R. - Rio de Janeiro

## Data

DEPARTAMENTO DE SISTEMAS

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

© 4 SET 2016

Gente Seguradora S. A.  
Av. Capitão Júlio Bezerra, 424 Bairro J.  
Barra Vista - RR - CEP 66000-040

Presidente

Nego Has a Day

Re: 1878 mass/ffs *George D. St. -*

Na. 27-84

Exhibit 1, page 5  
Exhibit 1, page 5

1801  
Data

data

Artes visuais Adel F. Médico



NOME DO PACIENTE		19/01	APT. OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA		
Nazário Silvério da Silva			120-01	NT	26/Jan/16		
CIRURGIA							
TIPO			TEMPO DE DURAÇÃO				
Osteos. de Fract. de Tornoz. (E)			INÍCIO	FIM	TEMPO		
			20:20	21:00			
EQUIPE MÉDICA							
CIRURGIÃO		DR. Alvaro	ANESTESISTA	DR. Erick e Drs. Rogério			
1º AUXILIAR		DR. Max	INSTRUMENTADOR				
2º AUXILIAR			CIRCULANTE	Ivanil, 61-7000			
TIPO DE ANESTESIA		Raqui	TEMPO DE DURAÇÃO				
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS			VALOR
	Agulha PT N. 27			HORAS DE OXIGÉNIO 2 l/min			
	CATGUT SIMPLES N°			FRASCOS - SORO FISIOLÓGICO 500cc			
	CATGUT SIMPLES N°			FRASCO SORO			
	CATGUT SIMPLES N°			FRASCO SORO GLICOSADO %cc			
	Agulha Vicryl N. 0			FRASCO SORO GLICOSA %cc			
	CATGUT CROMADO N°			XILOCAÍNA %cc			
	CATGUT CROMADO N°			Fluoxetina 500 PI Digerente 1000			
	CATGUT ATRAUMÁTICO RETO			Fluoridase Liso PI Procedimento 700			
	CATGUT ATRAUMÁTICO CURVO			Renerane Gomos 1 Noso dos 700			
	FIOS DE SEDA N°			Enembrace AT 4 dues Cregom 2000			
	FIOS DE ALGODÃO N°			Éter Nervarina AMP 1000			
	MONONYLON COM AGÜLHA 2-0			ATROPINA			
	MONONYLON SEM AGÜLHA			PROSTGMINÉ			
	UNIDADES DE GAZE pct			THIONEMBUTA			
	PARES DE LUVAS N. 7,5/8,0			MARGARINA Agulhas PT raqui			
	EQUIPOS PARA SORO Micro-60cc			INOMA Alcool 1			
0,5	ROLOS DE ESPARADRAPO 0,5m			GLICOSE %			
	DRENOS N°			ÁGUA OXIGENADA			
	SONDAS N°			MERTHOLATE			
	AGULHAS 26x7, 40x12			MERCÚRIO CROMO			
	COMPRESSAS pct c/3			catether 0,2			
	LÂMINAS PARA BISTURI N.º 20			Eutiodex			
	SOMA			POV. Deg.			
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS				DEBITAR NA C. C. DO PACIENTE			VALOR
INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS					
	Jeane						
				SUB-TOTAL			
FUNCIONÁRIO / CÁLCULOS		FUNCIONÁRIO / C. C. DO PACIENTE FEITO O LANÇAMENTO		TAXA DE SALA TAXA DE ANESTESIA			
ENVIE ESTE FORMULÁRIO À CONTABILIDADE						SOMA	



## Orthopedic

**FICHA DE ANESTESIA**

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

EFETO  
Metodon 4-  
Finsen 80% 10

Phoebe Wright  
26/10/16

ACTIVITIES      GOALS      TOPIC  
4. Brainstorming 7.5 Agreement 10 km  
8. Role play Agreement 10 km  
9. Group discussion Agreement 10 km  
10. Group discussion Agreement 10 km

ANOTACOES  
x *Monchomysoplites* sp. nov.  
x (Aspero) + *entomophaga*  
de coluna horaria 11h40m  
20/11: punçao 65A + 3-h-10  
1) brinco opaco 2.76;  
L2.0, C0.0, infusos  
et fragmentos 0.5x 1.5-1.7  
2) Upocoline 2g + 0.2 mm  
etc.

GLICOSE	LÍQUIDOS	Cará - Naso / Oto Faringea
ALCOOL		Naso / Artróscopia - Oräg
SANGUE		Bal - Técn - Cisterna do Túnel
		Sob Máscara
		Dificuldade Técnica
TOTAL	1500 ml	TEMPO DE ANESTÉSIA
Quartos		15' 10" m

Taquipno - Expiração - Urticaria Exócrea	Nemorragia - Anemia
Desprezo Respiratório - Hipoxia	Bacte. Tequicardia - Choque
Duching - Vômito	
PERDA SANGUÍNEA	

Osteopatia di Tendinitis  
e bruxismo di somnolito (gravidanza)

Walter West Morrison 297  
Stanford 4/20  
Enc PIRPA

~~Eudes Marques P. Filho~~  
Médico  
CRM 690-RR



**SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**  
**CENTRO CIRÚRGICO/SRPB**

NOME: Nazario Silveiro da Silva



**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		HAS		DM2		
IDADE	49	LEITO	120-1	DATA	26/01/2016	
ITEM	PREScrição					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					SND
2	SF 0,9% 500ML EV EM 24 HS					10/01/2016
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H					12/01/2016
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					S/N
7	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA					S/N
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					S/N
9	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM					06
10	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANTIDINA 50MG EV 12/12H					S/N
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					S/N
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					S/N
13	CURATIVO DIÁRIO					Roraima
14	SSVV + CCGG 6/6 H					14/01/2016 06
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.

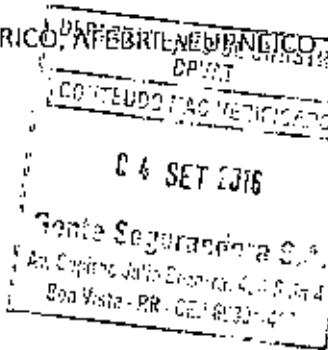
**II EXAME FÍSICO:** BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, NEUROLOGICO - NORMOCORADO, HIDRATADO. OOL

**# SOLICITADO:**

**II CONDUTA:**

**# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA**

**II PREVISÃO DE ALTA:** SEM PREVISÃO



Certifico que a paciente apresenta  
 lesões de natureza traumática, que  
 não se justificam cirurgia, e que  
 o tratamento deve ser feito com  
 medicamentos e curativos.

Assinatura

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	ERNANE BRUNO RODRIGUES COELHO
6 H					MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
12 H	139x92	90	-	36°C	TRAUMATOLOGIA.
18 H					CRM 1732-RR
24 H					

ENFEITE: 120-1

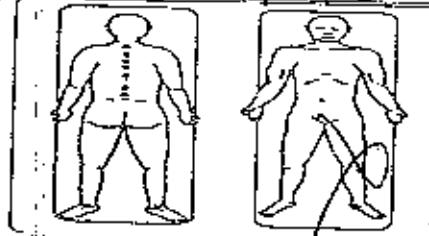
Nome: Nazario S. da Silva

DATA: 26.01.16

 GRAU - I

 GRAU - II

Localização / Região: mtf

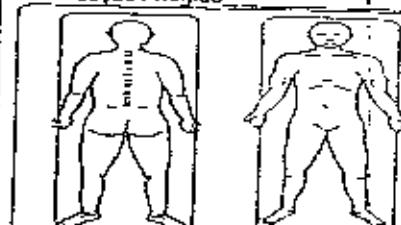


DATA:

 GRAU - I

 GRAU - II

Localização / Região:


 Etiologia:
  Pressão I - II - III - IV
  Venosa
  Arterial
  Diabética
  osteopática
  cirúrgica
  Trauma
  outra:

 Pressão I - II - III - IV
  Venosa
  Arterial
  Diabética
  osteopática
  cirúrgica
  Trauma
  outra:

Tamanho da Ferida:
 Comprimento: cm Largura: cm

Comprimento: cm Largura: cm

Profundidade: cm

Profundidade: cm

 Aparência do Leito:
  Tecido de granulação
  com esfacelo

 Tecido de granulação
  com esfacelo

 Tecido necrótico
 *Spanelato*
 Tecido necrótico
  Escara

 seco, mínimo
  úmido, pouco

 seco, mínimo
  úmido, pouco

 úmido, moderado
  molhado, abundante

 úmido, moderado
  molhado, abundante

 Seroso
  Fibrinoso
  Sanguinolento

 Seroso
  Fibrinoso
  Sanguinolento

 Purulento
  Serossanguíneo

 Purulento
  Serossanguíneo

 Dor:
  Sim
  Não

 Sim
  Não

 Odor:
  evidente na remoção da cobertura
  a beira do leito

 evidente na remoção da cobertura
  a beira do leito

 evidente ao entrar no quarto
  Sem odor

 evidente ao entrar no quarto
  Sem odor

 Cozedura da pele Perilesional:
  Normal
  Macerada
  seca
  Eritema / Rubor

 Normal
  Macerada
  seca
  Eritema / Rubor

 Prurido
  Outras

 Prurido
  Outras

 Solução para limpeza:
  Soro Fisiológico 0,9%

 Soro Fisiológico 0,9%

 Clorexidina 4%

 Clorexidina 4%

 Outro:

 Outro:

 Cobertura primária (Contato direto na lesão):
  Gaze

 Gaze

 Fibrinase

 Fibrinase

 AGE

 AGE

 Colagenase

 Colagenase

 Sulfadiazina de Prata

 Sulfadiazina de Prata

 Outro:

 Outro:

 Hora do curativo:
  Manhã
  Tarde

 Manhã
  Tarde

Data da Próxima troca:

Em caso de + de 24hs

Primo e ass. c. em Enfermagem

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

OBS:

OBS:

DEPARTAMENTO DE CADASTROS

DPJAT

CORTEZIA NAO VERIFICADA

R. A. SET 2016

 2016 Sessão de 8 a 12hs
 *Assinatura: Dr. Cesar L. Gómez, 4613-3714*

Bon. Vista - RR. SC. 9221-3714

HOSPITAL REGIONAL DE RIO BRANCO
 AM. Dr. Edmundo Gómez
 Novo bloco - 16.1001.227.000
 2016-09-28

28 ABR. 2016

Enfermeiro: Dr. Cesar L. Gómez
 2016 Sessão de 8 a 12hs
 CORTEZIA NAO VERIFICADA



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

100



DATA DE ADMISSÃO		12/01/2016	DIH	10	DN	05/06/1994
PACIENTE	NAZARIO SILVERIO					
AGNÓSTICO	TNZ					
ALERGIAS		HAS		DM2		
IDADE	49	LEITO	120-1	DATA	21/01/2016	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE				SN	
2	SF 0,9% 500ML EV EM 24 HS				12h Recursar	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				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 SN				SN	
7	TRAMÁL 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 Recursar	
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				Rotina	
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, ANICTERICO, AFEBRIL, EUSPÉRMICO, NORMÓDIA, HIDRATADO, OOL.**

## ASSOCIAÇÃO:

## 11 CONDUITA:

## PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

## PREVISÃO DE ALFA : SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	ERNANE BRUNO RODRIGUES COELHO MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA, CRM 1.82-RR
6 H					
12 H	130x90	77		36°C	
18 H	147x79	90	-	36,30	
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 MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO 12/01/2016 DIH 9 DN 05/06/1994

PACIENTE NAZARIO SILVERIO

DIAGNÓSTICO TNZ

ALERGIAS

IDADE 49

HAS

LEITO

120-1

DM2

DATA

20/01/2016

ITEM

PREScrição

HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

SW

2 SF 0,9% 500ML EV EM 24 HS

12

3 CEFALOTINA 1G EV 6/6H

12-18-21-24

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

5 NIMEULIDA 100MG VO 12/12H

SUSP

6 DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H S/N

SW

7 TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA

SW

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

SW

9 OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM

SW

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

SW

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

SW

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

SW

13 CURATIVO DIÁRIO

SW

14 SSVV + CCGG 6/6 H

SW

15 METRONIDAZOL 500MG EV 8/8HS

SW

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, ANICTERICO, RAFFEBRIL, EURENEICO, NORMOCORADO, DPIPAT, CONTEÚDO P/ VENTILADORES

**SOLICITADO:**

**CONDUTA:**

04 SET 2016

**PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA**

Genés 935 Traumatóta G.C.  
Av. Cipriano Júlio Lacerda, 41 - 9310-000  
Boa Vista - RR - CEP 69301-000

**PREVISÃO DE ALTA:** SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	ERNAME BRUNO RODRIGUES COELHO MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM 1732-RR
6 H					
12 H					
15 H	130X91	83			
24 H	130/80	80			



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



DATA DE ADMISSÃO	12/01/2016		DIH	8	DN	05/06/1994
PACIENTE	NAZARIO SILVERIO					
DIAGNÓSTICO	TNZ					
ALERGIAS		HAS		DM2		
IDADE	49	LEITO	120-1	DATA	19/01/2016	
ITEM	PREScrição					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					S/NTB
2	SF 0,9% 500ML EV EM 24 HS					120
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H					18/01/24/06
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H					—
5	NIMESULIDA 100MG VO 12/12H					S/JP
6	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H S/N					S/NTB
7	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA					S/NTB
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					S/N
9	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM					S/N
10	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H					Q6
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					S/N
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					S/N
13	CURATIVO DIÁRIO					Rotina
14	SSW + 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, ANIGTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NÓRMOCORADO, HIDRATADO.OOL

# SOLICITADO:

# CONDUTA:

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

DEPARTAMENTO DE SURGICOS  
DR. JOSÉ DE SOUZA  
COTIDIANO  
04 SET 2016

24 SET 2016

25 SET 2016

26 SET 2016

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	ERNAME BRUNO RODRIGUES COELHO
6 H					MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPÉDIA E
12 H					TRAUMATOLOGIA,
18 H					CRM 1732-RR
24 H					



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						
IDADE		49	HAS	LEITO	120-1	DM2
ITEM		PREScrição				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SvB	
2	SF 0,9% 500ML EV EM 24 HS				125	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				125 10/04/06	
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				Sv	
7	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				Sv	
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				Sv	
9	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM				06	
10	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H				—	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				Sv	
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				Sv	
13	CURATIVO DIÁRIO				Sv	
14	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina	
15	METRÓNIDAZOL 500MG EV 8/8HS				14/04/06	
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 QU 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, FEBRIL, EPIFNECO, NORMOCÓRADO

# SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	ERNAME BRUNO RODRIGEUS COELHO MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA. CRM 1732-RR
6 H					
12 H	140/90	76			
18 H					
24 H	149/91	78			

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA HOSPITAL GERAL DE RORAIMA DEPARTAMENTO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CONSULTA CLÍNICA MÉDICA				 HGR Hospital Geral de Roraima	 SOCIEDADE BRASILEIRA DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA
	DATA DE ADMISSÃO: 20/01/2016 PACIENTE: NATAELIO SILVEIRA DIAGNÓSTICO: TNZ ALERGIAS: IDADE: 41 ITEM:		HAS 1000 3000 1000	DM2 DATA: 17/01/2016 SUSP		
1. DIETA: 1000 2. SEDATIVOS: 1000 3. CEFALGIA: 1000 4. DIAZEPAM: 1000 5. ANGIOEDEMA: 1000MMG 6. DIPROPONINA 1 AMP EV 7. TENSÃO: 1000MMG + 1000 8. PRAZER: 1000 9. DOR: 1000 10. FEBRE: 1000 11. VZ: 1000 12. C. 1000 13. C. 1000 14. C. 1000 15. C. 1000 16. C. 1000 17. C. 1000 18. C. 1000 19. C. 1000 20. C. 1000 21. C. 1000 22. C. 1000 23. C. 1000 24. C. 1000 25. C. 1000 26. C. 1000 27. C. 1000 28. C. 1000 29. C. 1000 30. C. 1000 31. C. 1000 32. C. 1000 33. C. 1000 34. C. 1000 35. C. 1000 36. C. 1000 37. C. 1000 38. C. 1000 39. C. 1000 40. C. 1000 41. C. 1000 42. C. 1000 43. C. 1000 44. C. 1000 45. C. 1000 46. C. 1000 47. C. 1000 48. C. 1000 49. C. 1000 50. C. 1000 51. C. 1000 52. C. 1000 53. C. 1000 54. C. 1000 55. C. 1000 56. C. 1000 57. C. 1000 58. C. 1000 59. C. 1000 60. C. 1000 61. C. 1000 62. C. 1000 63. C. 1000 64. C. 1000 65. C. 1000 66. C. 1000 67. C. 1000 68. C. 1000 69. C. 1000 70. C. 1000 71. C. 1000 72. C. 1000 73. C. 1000 74. C. 1000 75. C. 1000 76. C. 1000 77. C. 1000 78. C. 1000 79. C. 1000 80. C. 1000 81. C. 1000 82. C. 1000 83. C. 1000 84. C. 1000 85. C. 1000 86. C. 1000 87. C. 1000 88. C. 1000 89. C. 1000 90. C. 1000 91. C. 1000 92. C. 1000 93. C. 1000 94. C. 1000 95. C. 1000 96. C. 1000 97. C. 1000 98. C. 1000 99. C. 1000 100. C. 1000 101. C. 1000 102. C. 1000 103. C. 1000 104. C. 1000 105. C. 1000 106. C. 1000 107. C. 1000 108. C. 1000 109. C. 1000 110. C. 1000 111. C. 1000 112. C. 1000 113. C. 1000 114. C. 1000 115. C. 1000 116. C. 1000 117. C. 1000 118. C. 1000 119. C. 1000 120. C. 1000 121. C. 1000 122. C. 1000 123. C. 1000 124. C. 1000 125. C. 1000 126. C. 1000 127. C. 1000 128. C. 1000 129. C. 1000 130. C. 1000 131. C. 1000 132. C. 1000 133. C. 1000 134. C. 1000 135. C. 1000 136. C. 1000 137. C. 1000 138. C. 1000 139. C. 1000 140. C. 1000 141. C. 1000 142. C. 1000 143. C. 1000 144. C. 1000 145. C. 1000 146. C. 1000 147. C. 1000 148. C. 1000 149. C. 1000 150. C. 1000 151. C. 1000 152. C. 1000 153. C. 1000 154. C. 1000 155. C. 1000 156. C. 1000 157. C. 1000 158. C. 1000 159. C. 1000 160. C. 1000 161. C. 1000 162. C. 1000 163. C. 1000 164. C. 1000 165. C. 1000 166. C. 1000 167. C. 1000 168. C. 1000 169. C. 1000 170. C. 1000 171. C. 1000 172. C. 1000 173. C. 1000 174. C. 1000 175. C. 1000 176. C. 1000 177. C. 1000 178. C. 1000 179. C. 1000 180. C. 1000 181. C. 1000 182. C. 1000 183. C. 1000 184. C. 1000 185. C. 1000 186. C. 1000 187. C. 1000 188. C. 1000 189. C. 1000 190. C. 1000 191. C. 1000 192. C. 1000 193. C. 1000 194. C. 1000 195. C. 1000 196. C. 1000 197. C. 1000 198. C. 1000 199. C. 1000 200. C. 1000 201. C. 1000 202. C. 1000 203. C. 1000 204. C. 1000 205. C. 1000 206. C. 1000 207. C. 1000 208. C. 1000 209. C. 1000 210. C. 1000 211. C. 1000 212. C. 1000 213. C. 1000 214. C. 1000 215. C. 1000 216. C. 1000 217. C. 1000 218. C. 1000 219. C. 1000 220. C. 1000 221. C. 1000 222. C. 1000 223. C. 1000 224. C. 1000 225. C. 1000 226. C. 1000 227. C. 1000 228. C. 1000 229. C. 1000 230. C. 1000 231. C. 1000 232. C. 1000 233. C. 1000 234. C. 1000 235. C. 1000 236. C. 1000 237. C. 1000 238. C. 1000 239. C. 1000 240. C. 1000 241. C. 1000 242. C. 1000 243. C. 1000 244. C. 1000 245. C. 1000 246. C. 1000 247. C. 1000 248. C. 1000 249. C. 1000 250. C. 1000 251. C. 1000 252. C. 1000 253. C. 1000 254. C. 1000 255. C. 1000 256. C. 1000 257. C. 1000 258. C. 1000 259. C. 1000 260. C. 1000 261. C. 1000 262. C. 1000 263. C. 1000 264. C. 1000 265. C. 1000 266. C. 1000 267. C. 1000 268. C. 1000 269. C. 1000 270. C. 1000 271. C. 1000 272. C. 1000 273. C. 1000 274. C. 1000 275. C. 1000 276. C. 1000 277. C. 1000 278. C. 1000 279. C. 1000 280. C. 1000 281. C. 1000 282. C. 1000 283. C. 1000 284. C. 1000 285. C. 1000 286. C. 1000 287. C. 1000 288. C. 1000 289. C. 1000 290. C. 1000 291. C. 1000 292. C. 1000 293. C. 1000 294. C. 1000 295. C. 1000 296. C. 1000 297. C. 1000 298. C. 1000 299. C. 1000 300. C. 1000 301. C. 1000 302. C. 1000 303. C. 1000 304. C. 1000 305. C. 1000 306. C. 1000 307. C. 1000 308. C. 1000 309. C. 1000 310. C. 1000 311. C. 1000 312. C. 1000 313. C. 1000 314. C. 1000 315. C. 1000 316. C. 1000 317. C. 1000 318. C. 1000 319. C. 1000 320. C. 1000 321. C. 1000 322. C. 1000 323. C. 1000 324. C. 1000 325. C. 1000 326. C. 1000 327. C. 1000 328. C. 1000 329. C. 1000 330. C. 1000 331. C. 1000 332. C. 1000 333. C. 1000 334. C. 1000 335. C. 1000 336. C. 1000 337. C. 1000 338. C. 1000 339. C. 1000 340. C. 1000 341. C. 1000 342. C. 1000 343. C. 1000 344. C. 1000 345. C. 1000 346. C. 1000 347. C. 1000 348. C. 1000 349. C. 1000 350. C. 1000 351. C. 1000 352. C. 1000 353. C. 1000 354. C. 1000 355. C. 1000 356. C. 1000 357. C. 1000 358. C. 1000 359. C. 1000 360. C. 1000 361. C. 1000 362. C. 1000 363. C. 1000 364. C. 1000 365. C. 1000 366. C. 1000 367. C. 1000 368. C. 1000 369. C. 1000 370. C. 1000 371. C. 1000 372. C. 1000 373. C. 1000 374. C. 1000 375. C. 1000 376. C. 1000 377. C. 1000 378. C. 1000 379. C. 1000 380. C. 1000 381. C. 1000 382. C. 1000 383. C. 1000 384. C. 1000 385. C. 1000 386. C. 1000 387. C. 1000 388. C. 1000 389. C. 1000 390. C. 1000 391. C. 1000 392. C. 1000 393. C. 1000 394. C. 1000 395. C. 1000 396. C. 1000 397. C. 1000 398. C. 1000 399. C. 1000 400. C. 1000 401. C. 1000 402. C. 1000 403. C. 1000 404. C. 1000 405. C. 1000 406. C. 1000 407. C. 1000 408. C. 1000 409. C. 1000 410. C. 1000 411. C. 1000 412. C. 1000 413. C. 1000 414. C. 1000 415. C. 1000 416. C. 1000 417. C. 1000 418. C. 1000 419. C. 1000 420. C. 1000 421. C. 1000 422. C. 1000 423. C. 1000 424. C. 1000 425. C. 1000 426. C. 1000 427. C. 1000 428. C. 1000 429. C. 1000 430. C. 1000 431. C. 1000 432. C. 1000 433. C. 1000 434. C. 1000 435. C. 1000 436. C. 1000 437. C. 1000 438. C. 1000 439. C. 1000 440. C. 1000 441. C. 1000 442. C. 1000 443. C. 1000 444. C. 1000 445. C. 1000 446. C. 1000 447. C. 1000 448. C. 1000 449. C. 1000 450. C. 1000 451. C. 1000 452. C. 1000 453. C. 1000 454. C. 1000 455. C. 1000 456. C. 1000 457. C. 1000 458. C. 1000 459. C. 1000 460. C. 1000 461. C. 1000 462. C. 1000 463. C. 1000 464. C. 1000 465. C. 1000 466. C. 1000 467. C. 1000 468. C. 1000 469. C. 1000 470. C. 1000 471. C. 1000 472. C. 1000 473. C. 1000 474. C. 1000 475. C. 1000 476. C. 1000 477. C. 1000 478. C. 1000 479. C. 1000 480. C. 1000 481. C. 1000 482. C. 1000 483. C. 1000 484. C. 1000 485. C. 1000 486. C. 1000 487. C. 1000 488. C. 1000 489. C. 1000 490. C. 1000 491. C. 1000 492. C. 1000 493. C. 1000 494. C. 1000 495. C. 1000 496. C. 1000 497. C. 1000 498. C. 1000 499. C. 1000 500. C. 1000 501. C. 1000 502. C. 1000 503. C. 1000 504. C. 1000 505. C. 1000 506. C. 1000 507. C. 1000 508. C. 1000 509. C. 1000 510. C. 1000 511. C. 1000 512. C. 1000 513. C. 1000 514. C. 1000 515. C. 1000 516. C. 1000 517. C. 1000 518. C. 1000 519. C. 1000 520. C. 1000 521. C. 1000 522. C. 1000 523. C. 1000 524. C. 1000 525. C. 1000 526. C. 1000 527. C. 1000 528. C. 1000 529. C. 1000 530. C. 1000 531. C. 1000 532. C. 1000 533. C. 1000 534. C. 1000 535. C. 1000 536. C. 1000 537. C. 1000 538. C. 1000 539. C. 1000 540. C. 1000 541. C. 1000 542. C. 1000 543. C. 1000 544. C. 1000 545. C. 1000 546. C. 1000 547. C. 1000 548. C. 1000 549. C. 1000 550. C. 1000 551. C. 1000 552. C. 1000 553. C. 1000 554. C. 1000 555. C. 1000 556. C. 1000 557. C. 1000 558. C. 1000 559. C. 1000 560. C. 1000 561. C. 1000 562. C. 1000 563. C. 1000 564. C. 1000 565. C. 1000 566. C. 1000 567. C. 1000 568. C. 1000 569. C. 1000 570. C. 1000 571. C. 1000 572. C. 1000 573. C. 1000 574. C. 1000 575. C. 1000 576. C. 1000 577. C. 1000 578. C. 1000 579. C. 1000 580. C. 1000 581. C. 1000 582. C. 1000 583. C. 1000 584. C. 1000 585. C. 1000 586. C. 1000 587. C. 1000 588. C. 1000 589. C. 1000 590. C. 1000 591. C. 1000 592. C. 1000 593. C. 1000 594. C. 1000 595. C. 1000 596. C. 1000 597. C. 1000 598. C. 1000 599. C. 1000 600. C. 1000 601. C. 1000 602. C. 1000 603. C. 1000 604. C. 1000 605. C. 1000 606. C. 1000 607. C. 1000 608. C. 1000 609. C. 1000 610. C. 1000 611. C. 1000 612. C. 1000 613. C. 1000 614. C. 1000 615. C. 1000 616. C. 1000 617. C. 1000 618. C. 1000 619. C. 1000 620. C. 1000 621. C. 1000 622. C. 1000 623. C. 1000 624. C. 1000 625. C. 1000 626. C. 1000 627. C. 1000 628. C. 1000 629. C. 1000 630. C. 1000 631. C. 1000 632. C. 1000 633. C. 1000 634. C. 1000 635. C. 1000 636. C. 1000 637. C. 1000 638. C. 1000 639. C. 1000 640. C. 1000 641. C. 1000 642. C. 1000 643. C. 1000 644. C. 1000 645. C. 1000 646. C. 1000 647. C. 1000 648. C. 1000 649. C. 1000 650. C. 1000 651. C. 1000 652. C. 1000 653. C. 1000 654. C. 1000 655. C. 1000 656. C. 1000 657. C. 1000 658. C. 1000 659. C. 1000 660. C. 1000 661. C. 1000 662. C. 1000 663. C. 1000 664. C. 1000 665. C. 1000 666. C. 1000 667. C. 1000 668. C. 1000 669. C. 1000 670. C. 1000 671. C. 1000 672. C. 1000 673. C. 1000 674. C. 1000 675. C. 1000 676. C. 1000 677. C. 1000 678. C. 1000 679. C. 1000 680. C. 1000 681. C. 1000 682. C. 1000 683. C. 1000 684. C. 1000 685. C. 1000 686. C. 1000 687. C. 1000 688. C. 1000 689. C. 1000 690. C. 1000 691. C. 1000 692. C. 1000 693. C. 1000 694. C. 1000 695. C. 1000 696. C. 1000 697. C. 1000 698. C. 1000 699. C. 1000 700. C. 1000 701. C. 1000 702. C. 1000 703. C. 1000 704. C. 1000 705. C. 1000 706. C. 1000 707. C. 1000 708. C. 1000 						

DATA DE ADM:	10/01/2016	SEC:	1
PACIENTE:	NAZARÉ O. SB.	SERVIC:	1
DIAGNÓSTICO:	TNZ		
ALERGIAS:			
1. AGE:	23		
2. 1.1:			
3. 1:	DIETA ÓRAL 1		
4. 2:	SF 0,3% 500ML		
5. 3:	CEFAZOLINA		
6. 4:	SE DOR CARTE		
7. 5:	NEUTROFILE		
8. 6:	DIAFRAGMA 1A		
9. 7:	TRAVAL 100W		
10. 8:	PLASMA 10 mg		
11. 9:	CAMITRACOL		
12. 10:	SE DOR CARTE		
13. 11:	CAPL CEFIRL 20		
14. 12:	SE DOR CARTE		
15. 13:	CETO 1000 ml		
16. 14:	CS 5% 1000 ml		
17. 15:			
18. 16:			
19. 17:			
20. 18:			
21. 19:			
22. 20:			
23. 21:			
24. 22:			
25. 23:			
26. 24:			
27. 25:			
28. 26:			
29. 27:			
30. 28:			
31. 29:			
32. 30:			
33. 31:			
34. 32:			
35. 33:			
36. 34:			
37. 35:			
38. 36:			
39. 37:			
40. 38:			
41. 39:			
42. 40:			
43. 41:			
44. 42:			
45. 43:			
46. 44:			
47. 45:			
48. 46:			
49. 47:			
50. 48:			
51. 49:			
52. 50:			
53. 51:			
54. 52:			
55. 53:			
56. 54:			
57. 55:			
58. 56:			
59. 57:			
60. 58:			
61. 59:			
62. 60:			
63. 61:			
64. 62:			
65. 63:			
66. 64:			
67. 65:			
68. 66:			
69. 67:			
70. 68:			
71. 69:			
72. 70:			
73. 71:			
74. 72:			
75. 73:			
76. 74:			
77. 75:			
78. 76:			
79. 77:			
80. 78:			
81. 79:			
82. 80:			
83. 81:			
84. 82:			
85. 83:			
86. 84:			
87. 85:			
88. 86:			
89. 87:			
90. 88:			
91. 89:			
92. 90:			
93. 91:			
94. 92:			
95. 93:			
96. 94:			
97. 95:			
98. 96:			
99. 97:			
100. 98:			
101. 99:			
102. 100:			
103. 101:			
104. 102:			
105. 103:			
106. 104:			
107. 105:			
108. 106:			
109. 107:			
110. 108:			
111. 109:			
112. 110:			
113. 111:			
114. 112:			
115. 113:			
116. 114:			
117. 115:			
118. 116:			
119. 117:			
120. 118:			
121. 119:			
122. 120:			
123. 121:			
124. 122:			
125. 123:			
126. 124:			
127. 125:			
128. 126:			
129. 127:			
130. 128:			
131. 129:			
132. 130:			
133. 131:			
134. 132:			
135. 133:			
136. 134:			
137. 135:			
138. 136:			
139. 137:			
140. 138:			
141. 139:			
142. 140:			
143. 141:			
144. 142:			
145. 143:			
146. 144:			
147. 145:			
148. 146:			
149. 147:			
150. 148:			
151. 149:			
152. 150:			
153. 151:			
154. 152:			
155. 153:			
156. 154:			
157. 155:			
158. 156:			
159. 157:			
160. 158:			
161. 159:			
162. 160:			
163. 161:			
164. 162:			
165. 163:			
166. 164:			
167. 165:			
168. 166:			
169. 167:			
170. 168:			
171. 169:			
172. 170:			
173. 171:			
174. 172:			
175. 173:			
176. 174:			
177. 175:			
178. 176:			
179. 177:			
180. 178:			
181. 179:			
182. 180:			
183. 181:			
184. 182:			
185. 183:			
186. 184:			
187. 185:			
188. 186:			
189. 187:			
190. 188:			
191. 189:			
192. 190:			
193. 191:			
194. 192:			
195. 193:			
196. 194:			
197. 195:			
198. 196:			
199. 197:			
200. 198:			
201. 199:			
202. 200:			
203. 201:			
204. 202:			
205. 203:			
206. 204:			
207. 205:			
208. 206:			
209. 207:			
210. 208:			
211. 209:			
212. 210:			
213. 211:			
214. 212:			
215. 213:			
216. 214:			
217. 215:			
218. 216:			
219. 217:			
220. 218:			
221. 219:			
222. 220:			
223. 221:			
224. 222:			
225. 223:			
226. 224:			
227. 225:			
228. 226:			
229. 227:			
230. 228:			
231. 229:			
232. 230:			
233. 231:			
234. 232:			
235. 233:			
236. 234:			
237. 235:			
238. 236:			
239. 237:			
240. 238:			
241. 239:			
242. 240:			
243. 241:			
244. 242:			
245. 243:			
246. 244:			
247. 245:			
248. 246:			
249. 247:			
250. 248:			
251. 249:			
252. 250:			
253. 251:			
254. 252:			
255. 253:			
256. 254:			
257. 255:			
258. 256:			
259. 257:			
260. 258:			
261. 259:			
262. 260:			
263. 261:			
264. 262:			
265. 263:			
266. 264:			
267. 265:			
268. 266:			
269. 267:			
270. 268:			
271. 269:			
272. 270:			
273. 271:			
274. 272:			
275. 273:			
276. 274:			
277. 275:			
278. 276:			
279. 277:			
280. 278:			
281. 279:			
282. 280:			
283. 281:			
284. 282:			
285. 283:			
286. 284:			
287. 285:			
288. 286:			
289. 287:			
290. 288:			
291. 289:			
292. 290:			
293. 291:			
294. 292:			
295. 293:			
296. 294:			
297. 295:			
298. 296:			
299. 297:			
300. 298:			
301. 299:			
302. 300:			
303. 301:			
304. 302:			
305. 303:			
306. 304:			
307. 305:			
308. 306:			
309. 307:			
310. 308:			
311. 309:			
312. 310:			
313. 311:			
314. 312:			
315. 313:			
316. 314:			
317. 315:			
318. 316:			
319. 317:			
320. 318:			
321. 319:			
322. 320:			
323. 321:			
324. 322:			
325. 323:			
326. 324:			
327. 325:			
328. 326:			
329. 327:			
330. 328:			
331. 329:			
332. 330:			
333. 331:			
334. 332:			
335. 333:			
336. 334:			
337. 335:			
338. 336:			
339. 337:			
340. 338:			
341. 339:			
342. 340:			
343. 341:			
344. 342:			
345. 343:			
346. 344:			
347. 345:			
348. 346:			
349. 347:			
350. 348:			
351. 349:			
352. 350:			
353. 351:			
354. 352:			
355. 353:			
356. 354:			
357. 355:			
358. 356:			
359. 357:			
360. 358:			
361. 359:			
362. 360:			
363. 361:			
364. 362:			
365. 363:			
366. 364:			
367. 365:			
368. 366:			

A(120-1)

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

### Prescrição Médica Diária

Leitor: \_\_\_\_\_

Paciente: NATHALIA S. DE SANTOS

Médicos Responsáveis:

HD: \_\_\_\_\_

Date: 15/01/2016

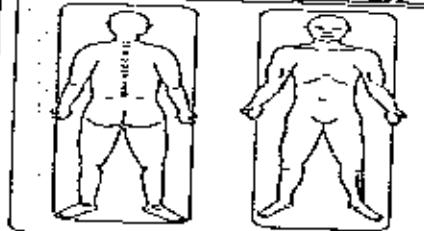
Nome:

Nazaré Silveira

DATA: 16/01/16

 GRAU - I GRAU - II

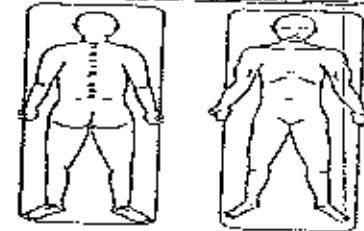
Localização / Região M.T.G (excavação)



DATA:

 GRAU - I GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

 Pressão I - II - III - IV  
 Venosa  Arterial  Diabética  
 oneuropática  cirúrgica  Trauma  outra:
 
 Pressão I - II - III - IV  
 Venosa  Arterial  Diabética  
 oneuropática  cirúrgica  Trauma  outra:
 

Tamanho da Ferida:

Comprimento \_\_\_\_\_ cm Largura: \_\_\_\_\_ cm

Comprimento \_\_\_\_\_ cm Largura: \_\_\_\_\_ cm

Profundidade \_\_\_\_\_ cm

Profundidade \_\_\_\_\_ cm

Aparência do Leito:

 Tecido de granulação  com esfacelo  
 Tecido necrótico
 
 Tecido de granulação  com esfacelo  
 Tecido necrótico  Escara
 

Quantidade de Exsudato:

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

Tipo de exsudato:

 Seroso  Fibrinoso  Sanguinolento  
 Purulento  Serossanguíneo
 
 Seroso  Fibrinoso  Sanguinolento  
 Purulento  Serossanguíneo
 

Dor:

 Sim  Não
 
 Sim  Não
 

Odor:

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

Condição da pele

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

Perfisional:

 Soro Fisiológico 0,9%  Clorexidina 1%  
 Clorexidina 4%  Outro: \_\_\_\_\_
 
 Soro Fisiológico 0,9%  Clorexidina 1%  
 Clorexidina 4%  Outro: \_\_\_\_\_
 

Solução para limpeza

 Gaze  Colagenase  
 Fibrinase  Sulfadiazina de Prata  
 AGE  Outro: \_\_\_\_\_
 
 Gaze  Colagenase  
 Fibrinase  Sulfadiazina de Prata  
 AGE  Outro: \_\_\_\_\_
 

Cobertura primária

(Contato direto na lesão)

 Soro Fisiológico 0,9%  Clorexidina 1%  
 Clorexidina 4%  Outro: \_\_\_\_\_
 
 Soro Fisiológico 0,9%  Clorexidina 1%  
 Clorexidina 4%  Outro: \_\_\_\_\_
 

Hora do curativo:

 Manhã  Tarde
 
 Manhã  Tarde
 

Data da Próxima troca:

Em caso de + de 24hs

Carimbo e ass.

em Enfermagem

Carimbo e Assinatura

do Enfermeiro

OBS:

 01- *carla soares* 02- *deleony*

 01- *EDSON* 02- *EDSON*

OBS:

Z.D. 100%.

Cortado 100%.

Fibrina 100%.

Sulfadiazina 100%.

Colagenase 100%.

Gaze 100%.

Fibrinase 100%.

AGE 100%.

Outro 100%.

SET 2016

2016

2016

2016

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



Resultado de Exames

Paciente: NAZARIO SILVERIO DA SILVA

Requisição: 200009711

Origem: HGR

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

Setor: GT

Leito: VERDE I

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
LEÚCOCITOS	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

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brig. Eduardo Gomes, 5000 - CEP 69.033-856  
Novo Planalto - Boa Vista - RR  
Fone: (65) 3623-0001  
Fax: (65) 3623-0002  
2016-01-15 04:47:29  
2016-01-15 04:47:29

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

04 SET 2016

Elzenira Alves Teixeira  
Farmacêutica Bioquímica  
CRF-RR 526

## ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Prescrição Médica Diária

Leito:

Paciente: Nayra Silveira da Silva

Médicos Responsáveis:

HD:

Data: 14/10/2016

Item	Prescrição	Horário
01	DIETA ORAL LIVRE	S.W.S
02	SCALP SALINIZADO	manter período
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	S.a
07	OMEPPRAZOL 20MG EV 1 X DIA	22-08
08	TRAMAL 100MG +SF 0,9% 100ML EV 8/8 (S/N)	S.W
09	CAPTOPRIL 25MG 1 COMP VO se PA>160X100MHG	Manhã
10	CURATIVO DIÁRIO	
11	CCGG +SSVV 6/6 H	
12	metronidazol 500mg EV B/6H	22-08-16
13	Gentamicina 290mg EV 1/4dia	Pedro Di Groua Residente de Ortopedia CRM 1615
DEPARTAMENTO DE ORTOPEDIA		
PROFISSIONAL		
DATA: 20/10/2016		
C.4 SET/2016		

06.00hs - 334198 P.805.

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Comprovante de ato notarial

Eu, Nazário silverio 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>	DEPARTAMENTO DE REGISTROS DPR/PT
Número	<u>1086</u>	
Apto / Complemento	<u>Casa</u>	CONTINUAR NA VERIFICAÇÃO
Bairro	<u>Aeroporto</u>	04 SET 2016
Cidade	<u>Bon Vista</u>	Gente Seguidora S.A. Av. Capitão Juiz de Fora, 421 Sala 4
Estado	<u>Pará</u>	Bon Vista - RR - CEP 69301-410
CEP	<u>69.310-090</u>	
Telefone de Contato	<u>(95)99117-5392</u>	
E-mail	<u>luderboavista.pendencia@hotmail.com</u>	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Bon Vista - 28 de setembro 2016

Assinatura do Declarante:

Nazário silverio da silva

**Eletrobras**  
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima  
Av. Capitão Eraldo Góes, 593 - Centro - Boa Vista - RS  
CEP: 69.354-000 | Fone: (65) 32407422-3  
Nota Fiscal / Comprovante de Entrega: Série 5018-1  
Recibo Especial de Entrega: Série 002365193

Para contato rápido  
Eletrobras, informe  
esse NÚMERO

SEU CÓDIGO  
32172-9

Nº da Nota Fiscal 000019126

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEF foi criada  
pelo Decreto nº 10.439 de 26 de junho de 2012.

TRONTO NOVA VILA - TOTAL R\$ 283,02

283,02

CONTA MENSAL

20/10/2016

SETEMBRO/2016

EDITE DA SIA VILA ANHANGA  
R. PINTO MARTINS 1986 AEROPORTO

CPF: 00038234602268

CEP: 69.310-090 - BOA VISTA

NOTA FISCAL

23506

23053

1.000

453

453

FCAM

32

Consumo Métrico

Consumo Totalizado

Consumo Faturado

Consumo Padrão

Consumo da Conta

CONSUMO

RELIGACAO DE URGENCIA

CORRECÃO MONETARIA DA 06/16-00

CORRECÃO MONETARIA DA 1G 06/16-00

MULTA POR ATRASO DE I 06/16-00

JUROS DE MORA POR ATRASO 06/16-00

MULTA POR ATRASO 06/16-00

JUROS DE MORA DE IMPO 06/16-00

ILUMINACAO PUBLICA

209,97

51,00

0,10

1,55

0,87

0,23

2,72

2,18

14,40

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

**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 venha 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:

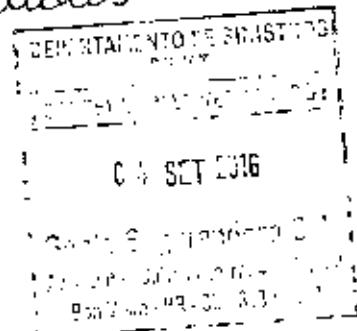
<i>Lagradouro (Rua/Avenida/Praça)</i>	AV GENERAL ATAIDE TEIVE
<i>Número</i>	2732
<i>Apto / Complemento</i>	
<i>Bairro</i>	LIBERDADE
<i>Cidade</i>	BOA VISTA
<i>Estado</i>	RORAIMA
<i>CEP</i>	69.309-000
<i>Telefone de Contato</i>	(95) 99117-5392
<i>E-mail</i>	luderbaavista.pendencia@hotmail.com

*Por ser verdade, firmo-me.*

BOA VISTA/RR 19/08/16

Assinatura do Declarante:

Denilze Lorrea & Qantas





**Eletrobras**  
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

IE: 240070223

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

### Recente analisi



**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
------------------------	----------------	-----------------------------

836800000025.757300750002.0000000000190.699107160052



1 DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA  
2 1970-1971  
3 1971-1972  
4 1972-1973  
5 1973-1974  
6 1974-1975  
7 1975-1976  
8 1976-1977  
9 1977-1978  
10 1978-1979  
11 1979-1980  
12 1980-1981  
13 1981-1982  
14 1982-1983  
15 1983-1984  
16 1984-1985  
17 1985-1986  
18 1986-1987  
19 1987-1988  
20 1988-1989  
21 1989-1990  
22 1990-1991  
23 1991-1992  
24 1992-1993  
25 1993-1994  
26 1994-1995  
27 1995-1996  
28 1996-1997  
29 1997-1998  
30 1998-1999  
31 1999-2000  
32 2000-2001  
33 2001-2002  
34 2002-2003  
35 2003-2004  
36 2004-2005  
37 2005-2006  
38 2006-2007  
39 2007-2008  
40 2008-2009  
41 2009-2010  
42 2010-2011  
43 2011-2012  
44 2012-2013  
45 2013-2014  
46 2014-2015  
47 2015-2016  
48 2016-2017  
49 2017-2018  
50 2018-2019  
51 2019-2020  
52 2020-2021  
53 2021-2022  
54 2022-2023  
55 2023-2024  
56 2024-2025  
57 2025-2026  
58 2026-2027  
59 2027-2028  
60 2028-2029  
61 2029-2030  
62 2030-2031  
63 2031-2032  
64 2032-2033  
65 2033-2034  
66 2034-2035  
67 2035-2036  
68 2036-2037  
69 2037-2038  
70 2038-2039  
71 2039-2040  
72 2040-2041  
73 2041-2042  
74 2042-2043  
75 2043-2044  
76 2044-2045  
77 2045-2046  
78 2046-2047  
79 2047-2048  
80 2048-2049  
81 2049-2050  
82 2050-2051  
83 2051-2052  
84 2052-2053  
85 2053-2054  
86 2054-2055  
87 2055-2056  
88 2056-2057  
89 2057-2058  
90 2058-2059  
91 2059-2060  
92 2060-2061  
93 2061-2062  
94 2062-2063  
95 2063-2064  
96 2064-2065  
97 2065-2066  
98 2066-2067  
99 2067-2068  
100 2068-2069  
101 2069-2070  
102 2070-2071  
103 2071-2072  
104 2072-2073  
105 2073-2074  
106 2074-2075  
107 2075-2076  
108 2076-2077  
109 2077-2078  
110 2078-2079  
111 2079-2080  
112 2080-2081  
113 2081-2082  
114 2082-2083  
115 2083-2084  
116 2084-2085  
117 2085-2086  
118 2086-2087  
119 2087-2088  
120 2088-2089  
121 2089-2090  
122 2090-2091  
123 2091-2092  
124 2092-2093  
125 2093-2094  
126 2094-2095  
127 2095-2096  
128 2096-2097  
129 2097-2098  
130 2098-2099  
131 2099-20100  
132 20100-20101  
133 20101-20102  
134 20102-20103  
135 20103-20104  
136 20104-20105  
137 20105-20106  
138 20106-20107  
139 20107-20108  
140 20108-20109  
141 20109-20110  
142 20110-20111  
143 20111-20112  
144 20112-20113  
145 20113-20114  
146 20114-20115  
147 20115-20116  
148 20116-20117  
149 20117-20118  
150 20118-20119  
151 20119-20120  
152 20120-20121  
153 20121-20122  
154 20122-20123  
155 20123-20124  
156 20124-20125  
157 20125-20126  
158 20126-20127  
159 20127-20128  
160 20128-20129  
161 20129-20130  
162 20130-20131  
163 20131-20132  
164 20132-20133  
165 20133-20134  
166 20134-20135  
167 20135-20136  
168 20136-20137  
169 20137-20138  
170 20138-20139  
171 20139-20140  
172 20140-20141  
173 20141-20142  
174 20142-20143  
175 20143-20144  
176 20144-20145  
177 20145-20146  
178 20146-20147  
179 20147-20148  
180 20148-20149  
181 20149-20150  
182 20150-20151  
183 20151-20152  
184 20152-20153  
185 20153-20154  
186 20154-20155  
187 20155-20156  
188 20156-20157  
189 20157-20158  
190 20158-20159  
191 20159-20160  
192 20160-20161  
193 20161-20162  
194 20162-20163  
195 20163-20164  
196 20164-20165  
197 20165-20166  
198 20166-20167  
199 20167-20168  
200 20168-20169  
201 20169-20170  
202 20170-20171  
203 20171-20172  
204 20172-20173  
205 20173-20174  
206 20174-20175  
207 20175-20176  
208 20176-20177  
209 20177-20178  
210 20178-20179  
211 20179-20180  
212 20180-20181  
213 20181-20182  
214 20182-20183  
215 20183-20184  
216 20184-20185  
217 20185-20186  
218 20186-20187  
219 20187-20188  
220 20188-20189  
221 20189-20190  
222 20190-20191  
223 20191-20192  
224 20192-20193  
225 20193-20194  
226 20194-20195  
227 20195-20196  
228 20196-20197  
229 20197-20198  
230 20198-20199  
231 20199-20200  
232 20200-20201  
233 20201-20202  
234 20202-20203  
235 20203-20204  
236 20204-20205  
237 20205-20206  
238 20206-20207  
239 20207-20208  
240 20208-20209  
241 20209-20210  
242 20210-20211  
243 20211-20212  
244 20212-20213  
245 20213-20214  
246 20214-20215  
247 20215-20216  
248 20216-20217  
249 20217-20218  
250 20218-20219  
251 20219-20220  
252 20220-20221  
253 20221-20222  
254 20222-20223  
255 20223-20224  
256 20224-20225  
257 20225-20226  
258 20226-20227  
259 20227-20228  
260 20228-20229  
261 20229-20230  
262 20230-20231  
263 20231-20232  
264 20232-20233  
265 20233-20234  
266 20234-20235  
267 20235-20236  
268 20236-20237  
269 20237-20238  
270 20238-20239  
271 20239-20240  
272 20240-20241  
273 20241-20242  
274 20242-20243  
275 20243-20244  
276 20244-20245  
277 20245-20246  
278 20246-20247  
279 20247-20248  
280 20248-20249  
281 20249-20250  
282 20250-20251  
283 20251-20252  
284 20252-20253  
285 20253-20254  
286 20254-20255  
287 20255-20256  
288 20256-20257  
289 20257-20258  
290 20258-20259  
291 20259-20260  
292 20260-20261  
293 20261-20262  
294 20262-20263  
295 20263-20264  
296 20264-20265  
297 20265-20266  
298 20266-20267  
299 20267-20268  
300 20268-20269  
301 20269-20270  
302 20270-20271  
303 20271-20272  
304 20272-20273  
305 20273-20274  
306 20274-20275  
307 20275-20276  
308 20276-20277  
309 20277-20278  
310 20278-20279  
311 20279-20280  
312 20280-20281  
313 20281-20282  
314 20282-20283  
315 20283-20284  
316 20284-20285  
317 20285-20286  
318 20286-20287  
319 20287-20288  
320 20288-20289  
321 20289-20290  
322 20290-20291  
323 20291-20292  
324 20292-20293  
325 20293-20294  
326 20294-20295  
327 20295-20296  
328 20296-20297  
329 20297-20298  
330 20298-20299  
331 20299-20200  
332 20200-20201  
333 20201-20202  
334 20202-20203  
335 20203-20204  
336 20204-20205  
337 20205-20206  
338 20206-20207  
339 20207-20208  
340 20208-20209  
341 20209-20210  
342 20210-20211  
343 20211-20212  
344 20212-20213  
345 20213-20214  
346 20214-20215  
347 20215-20216  
348 20216-20217  
349 20217-20218  
350 20218-20219  
351 20219-20220  
352 20220-20221  
353 20221-20222  
354 20222-20223  
355 20223-20224  
356 20224-20225  
357 20225-20226  
358 20226-20227  
359 20227-20228  
360 20228-20229  
361 20229-20230  
362 20230-20231  
363 20231-20232  
364 20232-20233  
365 20233-20234  
366 20234-20235  
367 20235-20236  
368 20236-20237  
369 20237-20238  
370 20238-20239  
371 20239-20240  
372 20240-20241  
373 20241-20242  
374 20242-20243  
375 20243-20244  
376 20244-20245  
377 20245-20246  
378 20246-20247  
379 20247-20248  
380 20248-20249  
381 20249-20250  
382 20250-20251  
383 20251-20252  
384 20252-20253  
385 20253-20254  
386 20254-20255  
387 20255-20256  
388 20256-20257  
389 20257-20258  
390 20258-20259  
391 20259-20260  
392 20260-20261  
393 20261-20262  
394 20262-20263  
395 20263-20264  
396 20264-20265  
397 20265-20266  
398 20266-20267  
399 20267-20268  
400 20268-20269  
401 20269-20270  
402 20270-20271  
403 20271-20272  
404 20272-20273  
405 20273-20274  
406 20274-20275  
407 20275-20276  
408 20276-20277  
409 20277-20278  
410 20278-20279  
411 20279-20280  
412 20280-20281  
413 20281-20282  
414 20282-20283  
415 20283-20284  
416 20284-20285  
417 20285-20286  
418 20286-20287  
419 20287-20288  
420 20288-20289  
421 20289-20290  
422 20290-20291  
423 20291-20292  
424 20292-20293  
425 20293-20294  
426 20294-20295  
427 20295-20296  
428 20296-20297  
429 20297-20298  
430 20298-20299  
431 20299-20200  
432 20200-20201  
433 20201-20202  
434 20202-20203  
435 20203-20204  
436 20204-20205  
437 20205-20206  
438 20206-20207  
439 20207-20208  
440 20208-20209  
441 20209-20210  
442 20210-20211  
443 20211-20212  
444 20212-20213  
445 20213-20214  
446 20214-20215  
447 20215-20216  
448 20216-20217  
449 20217-20218  
450 20218-20219  
451 20219-20220  
452 20220-20221  
453 20221-20222  
454 20222-20223  
455 20223-20224  
456 20224-20225  
457 20225-20226  
458 20226-20227  
459 20227-20228  
460 20228-20229  
461 20229-20230  
462 20230-20231  
463 20231-20232  
464 20232-20233  
465 20233-20234  
466 20234-20235  
467 20235-20236  
468 20236-20237  
469 20237-20238  
470 20238-20239  
471 20239-20240  
472 20240-20241  
473 20241-20242  
474 20242-20243  
475 20243-20244  
476 20244-20245  
477 20245-20246  
478 20246-20247  
479 20247-20248  
480 20248-20249  
481 20249-20250  
482 20250-20251  
483 20251-20252  
484 20252-20253  
485 20253-20254  
486 20254-20255  
487 20255-20256  
488 20256-20257  
489 20257-20258  
490 20258-20259  
491 20259-20260  
492 20260-20261  
493 20261-20262  
494 20262-20263  
495 20263-20264  
496 20264-20265  
497 20265-20266  
498 20266-20267  
499 20267-20268  
500 20268-20269  
501 20269-20270  
502 20270-20271  
503 20271-20272  
504 20272-20273  
505 20273-20274  
506 20274-20275  
507 20275-20276  
508 20276-20277  
509 20277-20278  
510 20278-20279  
511 20279-20280  
512 20280-20281  
513 20281-20282  
514 20282-20283  
515 20283-20284  
516 20284-20285  
517 20285-20286  
518 20286-20287  
519 20287-20288  
520 20288-20289  
521 20289-20290  
522 20290-20291  
523 20291-20292  
524 20292-20293  
525 20293-20294  
526 20294-20295  
527 20295-20296  
528 20296-20297  
529 20297-20298  
530 20298-20299  
531 20299-20200  
532 20200-20201  
533 20201-20202  
534 20202-20203  
535 20203-20204  
536 20204-20205  
537 20205-20206  
538 20206-20207  
539 20207-20208  
540 20208-20209  
541 20209-20210  
542 20210-20211  
543 20211-20212  
544 20212-20213  
545 20213-20214  
546 20214-20215  
547 20215-20216  
548 20216-20217  
549 20217-20218  
550 20218-20219  
551 20219-20220  
552 20220-20221  
553 20221-20222  
554 20222-20223  
555 20223-20224  
556 20224-20225  
557 20225-20226  
558 20226-20227  
559 20227-20228  
560 20228-20229  
561 20229-20230  
562 20230-20231  
563 20231-20232  
564 20232-20233  
565 20233-20234  
566 20234-20235  
567 20235-20236  
568 20236-20237  
569 20237-20238  
570 20238-20239  
571 20239-20240  
572 20240-20241  
573 20241-20242  
574 20242-20243  
575 20243-20244  
576 20244-20245  
577 20245-20246  
578 20246-20247  
579 20247-20248  
580 20248-20249  
581 20249-20250  
582 20250-20251  
583 20251-20252  
584 20252-20253  
585 20253-20254  
586 20254-20255  
587 20255-20256  
588 20256-20257  
589 20257-20258  
590 20258-20259  
591 20259-20260  
592 20260-20261  
593 20261-20262  
594 20262-20263  
595 20263-20264  
596 20264-20265  
597 20265-20266  
598 20266-20267  
599 20267-20268  
600 20268-20269  
601 20269-20270  
602 20270-20271  
603 20271-20272  
604 20272-20273  
605 20273-20274  
606 20274-20275  
607 20275-20276  
608 20276-20277  
609 20277-20278  
610 20278-20279  
611 20279-20280  
612 20280-20281  
613 20281-20282  
614 20282-20283  
615 20283-20284  
616 20284-20285  
617 20285-20286  
618 20286-20287  
619 20287-20288  
620 20288-20289  
621 20289-20290  
622 20290-20291  
623 20291-20292  
624 20292-20293  
625 20293-20294  
626 20294-20295  
627 20295-20296  
628 20296-20297  
629 20297-20298  
630 20298-20299  
631 20299-20200  
632 20200-20201  
633 20201-20202  
634 20202-20203  
635 20203-20204  
636 20204-20205  
637 20205-20206  
638 20206-20207  
639 20207-20208  
640 20208-20209  
641 20209-20210  
642 20210-20211  
643 20211-20212  
644 20212-20213  
645 20213-20214  
646 20214-20215  
647 20215-20216  
648 20216-20217  
649 20217-20218  
650 20218-20219  
651 20219-20220  
652 20220-20221  
653 20221-20222  
654 20222-20223  
655 20223-20224  
656 20224-20225  
657 20225-20226  
658 20226-20227  
659 20227-20228  
660 20228-20229  
661 20229-20230  
662 20230-20231  
663 20231-20232  
664 20232-20233  
665 20233-20234  
666 20234-20235  
667 20235-20236  
668 20236-20237  
669 20237-20238  
670 20238-20239  
671 20239-20240  
672 20240-20241  
673 20241-20242  
674 20242-20243  
675 20243-20244  
676 20244-20245  
677 20245-20246  
678 20246-20247  
679 20247-20248  
680 20248-20249  
681 20249-20250  
682 20250-20251  
683 20251-20252  
684 20252-20253  
685 20253-20254  
686 20254-20255  
687 20255-20256  
688 20256-20257  
689 20257-20258  
690 20258-20259  
691 20259-20260  
692 20260-20261  
693 20261-20262  
694 20262-20263  
695 20263-20264  
696 20264-20265  
697 20265-20266  
698 20266-20267  
699 20267-20268  
700 20268-20269  
701 20269-20270  
702 20270-20271  
703 20271-20272  
704 20272-20273  
705 20273-20274  
706 20274-20275  
707 20275-20276  
708 20276-20277  
709 20277-20278  
710 20278-20279  
711 20279-20280  
712 20280-20281  
713 20281-20282  
714 20282-20283  
715 20283-20284  
716 20284-20285  
717 20285-20286  
718 20286-20287  
719 20287-20288  
720 20288-20289  
721 20289-20290  
722 20290-20291  
723 20291-20292  
724 20292-20293  
725 20293-20294  
726 20294-20295  
727 20295-20296  
728 20296-20297  
729 20297-20298  
730 20298-20299  
731 20299-20200  
732 20200-20201  
733 20201-20202  
734 20202-20203  
735 20203-20204  
736 20204-20205  
737 20205-20206  
738 20206-20207  
739 20207-20208  
740 20208-20209  
741 20209-20210  
742 20210-20211  
743 20211-20212  
744 20212-20213  
745 20213-20214  
746 20214-20215  
747 20215-20216  
748 20216-20217  
749 20217-