



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**POLÍCIA CIVIL**  
**4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 021430/2019

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 18/07/2019 15:32 Data/Hora Fim: 18/07/2019 15:49  
Delegado de Polícia: Douglas Gabriel da Cruz

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Afeto: 4º Distrito Policial  
Data/Hora do Fato: 24/02/2019 22:00

**Local do Fato**

Município: Boa Vista (RR)  
Logradouro: Av Brigadeiro Eduardo Gomes

Bairro: Mecejana

Tipo do Local: Via Pública

| Natureza                                | Meio(s) Empregado(s) |
|-----------------------------------------|----------------------|
| 1095: Auto lesão - Acidente de trânsito | Veículo              |

**ENVOLVIDO(S)**

**Nome Civil: ANGELICA COSTA MATEUS (COMUNICANTE )**

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Feminino Nasc: 25/01/1981  
Profissão: Empregada Doméstica  
Nome da Mãe: Maura Costa Mateus

**Documento(s)**

RG - Carteira de Identidade: 181431

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Rua Jorge Dias Carneiro  
Bairro: Alvorada

Nº: 218

**Nome Civil: SARA COSTA GOMES (VÍTIMA )**

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 25/05/2002  
Profissão: Estudante  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Angelica Costa Mateus

**Documento(s)**

RG - Carteira de Identidade: 5097746

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Rua Jorge Dias Carneiro  
Bairro: Alvorada

Nº: 218

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

|                                                |                                                         |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>Grupo</b> Veículo                           | <b>Subgrupo</b> Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon |
| <b>CPF/CNPJ do Proprietário</b> 032.675.962-03 | <b>Placa</b> OAC5189                                    |
| <b>Renavam</b> 00348662300                     | <b>Número do Motor</b> U50032036                        |



Delegado de Polícia Civil: Douglas Gabriel da Cruz  
Impresso por: Carlos Alberto Valerio da Silva  
Data de Impressão: 18/07/2019 15:49  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

26 JUL. 2019



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**POLÍCIA CIVIL**  
**4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 021430/2019

|                                               |                                           |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <b>Número do Chassi</b> 9BGCA80X0CB129760     | <b>Ano/Modelo Fabricação</b> 2012/2011    |
| <b>Cor</b> PRATA                              | <b>UF Veículo</b> Roraima                 |
| <b>Município Veículo</b> Boa Vista            | <b>Marca/Modelo</b> CHEVROLET/MONTANA LS  |
| <b>Modelo</b> CHEVROLET/MONTANA LS            | <b>Veículo Adulterado?</b> Não            |
| <b>Quantidade</b> 1 Unidade                   | <b>Situação</b> Envolvido, Meio Empregado |
| <b>Última Atualização Denatran</b> 10/01/2017 | <b>Situação do Veículo</b> NADA CONSTA    |
| <b>Nome Envolvido</b>                         | <b>Envolvimentos</b>                      |
| Sara Costa Gomes                              | Depositário                               |

**RELATO/HISTÓRICO**

A comunicante veio nos informar que na data do ocorrido, sua filha estava de carona com Anderson em sua pickup quando ele, em uma ultrapassagem, no local do fato, perdeu o controle de seu carro e colidiu com outro veículo, razão pela qual, sua filha veio a sofrer uma fratura no fêmur de sua perna esquerda. Era o que tinha a comunicar.

**ASSINATURAS**

Carlos Alberto Valério da Silva  
Agente de Polícia  
Matrícula 0712925  
Responsável pelo Atendimento

Angelica Costa Mateus  
(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-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

26 JUL. 2019



24/02/2019

... Guia de Atendimento 17 ...

11500 UVE 001 09/03/19



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
Secretaria de Estado da Saúde  
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação  
Reclassificação  
☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

Reclassificação  
☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

Reclassificação  
☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

|                                                             |                     |                                                                                                                                        |                        |                 |             |                |            |
|-------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------|-------------|----------------|------------|
| 1901077209                                                  | 24/02/2019 22:58:44 | FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA                                                                                                     |                        |                 |             | NOTURNO 19- 43 |            |
| Paciente                                                    |                     | Data Nascimento                                                                                                                        |                        | Idade           | CNS         | CPF            | Prontuário |
| SARA COSTA GOMES                                            |                     | 25/05/2002                                                                                                                             |                        | 16 A 8 M 30 D   |             |                |            |
| Tipo Doc                                                    |                     | Documento                                                                                                                              | Órgão Emissor          | Data Emissão    | Sexo        | Estado Civil   | Raça/Cor   |
| IDENTIDADE                                                  |                     |                                                                                                                                        |                        |                 | F           | SOLTEIRO(A)    | PARDA      |
| Mãe                                                         |                     | Pai                                                                                                                                    |                        | Naturalidade    |             | Nacionalidade  |            |
| ANGELICA COSTA MATEUS                                       |                     |                                                                                                                                        |                        | BOA VISTA - RR  |             | BRASILEIRA     |            |
| Endereço                                                    |                     | Rua                                                                                                                                    |                        | Número          |             | Ocupação       |            |
| RUA - JORGE DIAS CARNEIRO - 218 - ALVORADA - BOA VISTA - RR |                     |                                                                                                                                        |                        |                 |             |                |            |
| Class. de Risco                                             |                     | Plano Convênio                                                                                                                         | Nº da Carteira         | Validade        | Autorização | Sis Prenatal   |            |
|                                                             |                     | SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE                                                                                                           |                        |                 |             |                |            |
| Motivo do Atendimento                                       |                     | Caráter do Atendimento                                                                                                                 | Profissional do Atend. | Procedência     | Temp.       | Pesc           | Pressão    |
| ACIDENTE DE CARRO                                           |                     | URGÊNCIA                                                                                                                               |                        |                 |             |                |            |
| Setor                                                       |                     | Tipo de Chegada                                                                                                                        | Procedimento Sol.      | Registrado por: |             |                |            |
| GRANDE TRAUMA                                               |                     | DEMANDA ESPONTANEA                                                                                                                     |                        | LEANDRO         |             |                |            |
| Queixa Principal                                            |                     | <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue |                        |                 |             |                |            |

Anamnese de Enfermagem

GSC

AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 23:00 h)

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. RELATA DOR INTENSA EM PERÍVIA @. VÔMITOS. PERDA CONSCIÊNCIA.

Exame Físico

DOR AS MANOBRAS.

Hipótese Diagnóstica

Politraumático. Fratura femur @.

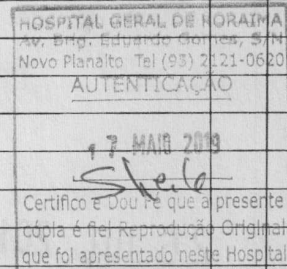
SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO



Conduta

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

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

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica / / : :

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: leandro  
Data Hora: 24/02/2019 22:59:29

© 2019  
SOTEC - Soluções em Tecnologia  
CNPJ: 09.000.000/0001-00  
VIA: 4.2.17-01.08.20



1901077209

26 JUL. 2019

De vítima de Ac. automobilístico  
cl. frak de fêmur (2) fechada.  
Não há fratura.

At. Centro Cirúrgico

Dr. Jonathan C. Lopes  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1758  
Cirurgião do Joelho  
TEOT 14272

26 JUL. 2019





**MINISTÉRIO DO TRABALHO**  
SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO  
**CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL**

PIS/PASEP  
**166.47550.93-4**

NÚMERO **7507344** SÉRIE **0050** UF **RR**

*Sara Costa Gomes*  
ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO

**SARA COSTA GOMES**

FILIAÇÃO..... ANGELICA COSTA MATEUS  
JOELSON MENDES GOMES

NASCIMENTO..... 25/05/2002

ESTADO CIVIL..... SOLTEIRO

NATURALIDADE: BOA VISTA - RR

DOCUMENTO..... R.G. - 5097746 - 09/03/2016 - SESP - RR

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF..... 068.501.832-65 CNH.....

TIT. ELEITOR: SEÇÃO: ZONA:

LOCAL DE EMISSÃO: SRTE/RR - BOA VISTA

DATA DE EMISSÃO: 22/02/2018

*Magna Costa Flores*  
MAGNA FLORES DE LIMA-FLORES

**QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRA**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 809774-6 DATA DE EXPIRAÇÃO 09/03/2016

NOME SARA COSTA GOMES

FILIAÇÃO JOELSON MENDES GOMES  
ANGELICA COSTA MATEUS

NATURALIDADE BOA VISTA - RR DATA DE NASCIMENTO 25/05/2002

CERTID MASC 56128 FLS 257-V LIV A-92  
BOA VISTA-RR

AMARU ROCHA TRIANI  
Pessoa Física

1 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Envio para Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 18:33:35 do dia 19/01/2018 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

CÓDIGO DE CONTROLE  
AF69.E170.C055.03C9



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

Carteira de Identidade

Assinatura do Titular SARA COSTA GOMES

Polígono Direito



Ministério da Fazenda  
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número  
068.501.832-65

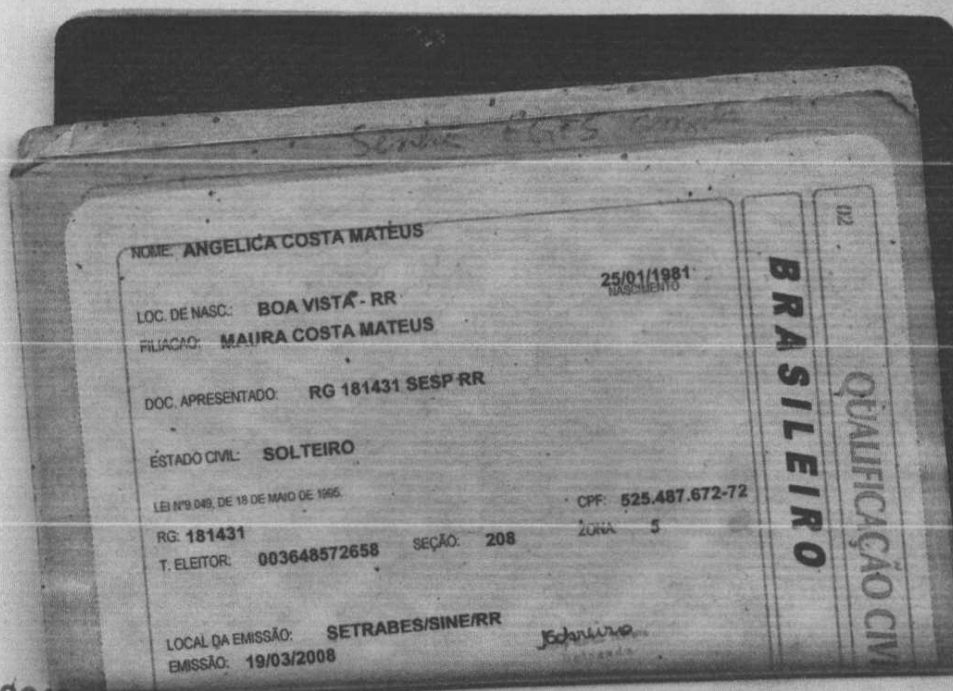
Nome  
SARA COSTA GOMES

Nascimento  
25/05/2002



26 JUL. 2019







CNPJ: 05.939.467/0001-15  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.955.426-3  
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 69.306-610

ATENDIMENTO  
CAERR  
0800 280 9520  
www.caerr.com.br

Matrícula: 701416

Março/2019

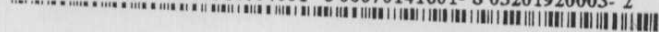
| <b>Dados do Cliente:</b><br>ANGELICA COSTA MATEUS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                         | <b>Endereço para entrega:</b><br>RUA JORGE DIAS CARNEIRO, 218 - ALVORADA<br>BOA VISTA RR 69317-232 |                                               |                                             |        |  |  |  |  |                                                                                                     |  |  |  |  |  |          |       |          |     |           |        |          |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |           |     |     |     |     |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|--------|--|--|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|----------|-------|----------|-----|-----------|--------|----------|-----|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|
| <b>Inscrição</b><br>001.021.077.0336.000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Rota</b><br>23                       | <b>Seq.Rota</b><br>3929                                                                            | <b>Quantidade de Economias</b><br>RESIDENCIAL |                                             |        |  |  |  |  |                                                                                                     |  |  |  |  |  |          |       |          |     |           |        |          |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |           |     |     |     |     |     |
| <b>Hidrômetro</b><br>Y11L510721                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Data de Instalação</b><br>27/03/2013 | <b>Situação Água</b><br>LIGADO                                                                     | <b>Situação Esgoto</b><br>LIGADO              |                                             |        |  |  |  |  |                                                                                                     |  |  |  |  |  |          |       |          |     |           |        |          |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |           |     |     |     |     |     |
| <b>ANTERIOR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                         | <b>ATUAL</b>                                                                                       | <b>CONSUMO (m3)</b>                           |                                             |        |  |  |  |  |                                                                                                     |  |  |  |  |  |          |       |          |     |           |        |          |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |           |     |     |     |     |     |
| LEITURA FAT. 1310                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                         | 1320                                                                                               | 10                                            |                                             |        |  |  |  |  |                                                                                                     |  |  |  |  |  |          |       |          |     |           |        |          |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |           |     |     |     |     |     |
| LEITURA INF.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                         |                                                                                                    | 30                                            |                                             |        |  |  |  |  |                                                                                                     |  |  |  |  |  |          |       |          |     |           |        |          |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |           |     |     |     |     |     |
| DT. LEITURA 04/02/2019 06/03/2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                         |                                                                                                    |                                               |                                             |        |  |  |  |  |                                                                                                     |  |  |  |  |  |          |       |          |     |           |        |          |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |           |     |     |     |     |     |
| <b>ULTIMOS CONSUMOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                         |                                                                                                    |                                               |                                             |        |  |  |  |  |                                                                                                     |  |  |  |  |  |          |       |          |     |           |        |          |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |           |     |     |     |     |     |
| 201902                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 10-17                                   |                                                                                                    |                                               |                                             |        |  |  |  |  |                                                                                                     |  |  |  |  |  |          |       |          |     |           |        |          |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |           |     |     |     |     |     |
| 201901                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 10-17                                   |                                                                                                    |                                               |                                             |        |  |  |  |  |                                                                                                     |  |  |  |  |  |          |       |          |     |           |        |          |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |           |     |     |     |     |     |
| 201812                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 10-17                                   |                                                                                                    |                                               |                                             |        |  |  |  |  |                                                                                                     |  |  |  |  |  |          |       |          |     |           |        |          |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |           |     |     |     |     |     |
| 201811                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 10-17                                   |                                                                                                    |                                               |                                             |        |  |  |  |  |                                                                                                     |  |  |  |  |  |          |       |          |     |           |        |          |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |           |     |     |     |     |     |
| 201810                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 10-17                                   |                                                                                                    |                                               |                                             |        |  |  |  |  |                                                                                                     |  |  |  |  |  |          |       |          |     |           |        |          |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |           |     |     |     |     |     |
| 201809                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 10-100                                  |                                                                                                    |                                               |                                             |        |  |  |  |  |                                                                                                     |  |  |  |  |  |          |       |          |     |           |        |          |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |           |     |     |     |     |     |
| <b>MEDIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>10</b>                               |                                                                                                    |                                               |                                             |        |  |  |  |  |                                                                                                     |  |  |  |  |  |          |       |          |     |           |        |          |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |           |     |     |     |     |     |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor</th> </tr> <tr> <th colspan="6">Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição<br/>DECRETO FEDERAL N.º 5448 / 2005 D.M.</th> </tr> <tr> <th>AMOSTRAS</th> <th>CLORO</th> <th>TURBIDEZ</th> <th>COR</th> <th>C.TOTALIS</th> <th>E.COLI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>EXIGIDAS</td> <td>160</td> <td>160</td> <td>160</td> <td>160</td> <td>160</td> </tr> <tr> <td>ANALISADAS</td> <td>191</td> <td>191</td> <td>191</td> <td>191</td> <td>191</td> </tr> <tr> <td>CONFORMES</td> <td>191</td> <td>191</td> <td>191</td> <td>191</td> <td>191</td> </tr> </tbody> </table> |                                         |                                                                                                    |                                               | Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor |        |  |  |  |  | Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição<br>DECRETO FEDERAL N.º 5448 / 2005 D.M. |  |  |  |  |  | AMOSTRAS | CLORO | TURBIDEZ | COR | C.TOTALIS | E.COLI | EXIGIDAS | 160 | 160 | 160 | 160 | 160 | ANALISADAS | 191 | 191 | 191 | 191 | 191 | CONFORMES | 191 | 191 | 191 | 191 | 191 |
| Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                         |                                                                                                    |                                               |                                             |        |  |  |  |  |                                                                                                     |  |  |  |  |  |          |       |          |     |           |        |          |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |           |     |     |     |     |     |
| Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição<br>DECRETO FEDERAL N.º 5448 / 2005 D.M.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                         |                                                                                                    |                                               |                                             |        |  |  |  |  |                                                                                                     |  |  |  |  |  |          |       |          |     |           |        |          |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |           |     |     |     |     |     |
| AMOSTRAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | CLORO                                   | TURBIDEZ                                                                                           | COR                                           | C.TOTALIS                                   | E.COLI |  |  |  |  |                                                                                                     |  |  |  |  |  |          |       |          |     |           |        |          |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |           |     |     |     |     |     |
| EXIGIDAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 160                                     | 160                                                                                                | 160                                           | 160                                         | 160    |  |  |  |  |                                                                                                     |  |  |  |  |  |          |       |          |     |           |        |          |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |           |     |     |     |     |     |
| ANALISADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 191                                     | 191                                                                                                | 191                                           | 191                                         | 191    |  |  |  |  |                                                                                                     |  |  |  |  |  |          |       |          |     |           |        |          |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |           |     |     |     |     |     |
| CONFORMES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 191                                     | 191                                                                                                | 191                                           | 191                                         | 191    |  |  |  |  |                                                                                                     |  |  |  |  |  |          |       |          |     |           |        |          |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |           |     |     |     |     |     |
| <b>DESCRIÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                         | <b>CONSUMO TOTAL(R\$)</b>                                                                          |                                               |                                             |        |  |  |  |  |                                                                                                     |  |  |  |  |  |          |       |          |     |           |        |          |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |           |     |     |     |     |     |
| <b>ÁGUA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                         |                                                                                                    |                                               |                                             |        |  |  |  |  |                                                                                                     |  |  |  |  |  |          |       |          |     |           |        |          |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |           |     |     |     |     |     |
| RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                         |                                                                                                    |                                               |                                             |        |  |  |  |  |                                                                                                     |  |  |  |  |  |          |       |          |     |           |        |          |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |           |     |     |     |     |     |
| CONSUMO DE ÁGUA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 10 M3                                   | 23,83                                                                                              |                                               |                                             |        |  |  |  |  |                                                                                                     |  |  |  |  |  |          |       |          |     |           |        |          |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |           |     |     |     |     |     |
| ESGOTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 80.0 % DO VALOR DE ÁGUA                 | 19,06                                                                                              |                                               |                                             |        |  |  |  |  |                                                                                                     |  |  |  |  |  |          |       |          |     |           |        |          |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |           |     |     |     |     |     |
| TAXA COBRANÇA DE DOCUMENTO 02/2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                         | 4,77                                                                                               |                                               |                                             |        |  |  |  |  |                                                                                                     |  |  |  |  |  |          |       |          |     |           |        |          |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |           |     |     |     |     |     |
| MULTA P/IMPONTUALIDADE 01/2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                         | 0,85                                                                                               |                                               |                                             |        |  |  |  |  |                                                                                                     |  |  |  |  |  |          |       |          |     |           |        |          |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |           |     |     |     |     |     |
| <b>TOTAL A PAGAR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                         | <b>48,51</b>                                                                                       |                                               |                                             |        |  |  |  |  |                                                                                                     |  |  |  |  |  |          |       |          |     |           |        |          |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |           |     |     |     |     |     |
| <b>VENCIMENTO:</b> 15/04/2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                         |                                                                                                    |                                               |                                             |        |  |  |  |  |                                                                                                     |  |  |  |  |  |          |       |          |     |           |        |          |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |           |     |     |     |     |     |

AVISO: EM 31/01/2019 CONSTA DÉBITO SUJ. CORT. IGNORE CASO PAGO



| MATRÍCULA | REFERÊNCIA | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|-----------|------------|------------|---------------|
| 701416    | 03/2019    | 15/04/2019 | 48,51         |

82660000000- 2 48510004001- 6 00070141601- 8 03201920003- 2



26 JUL. 2019



Nº da Agência/Conta/DAC

6953/25103-7

**Cliente**

Nome (sem abreviação)

SARA COSTA GOMES

**Bem-vindo ao Itaú.** É uma grande satisfação ter você como cliente.

Recebemos a Proposta de Abertura da Conta Universal Itaú, de Contratação de Serviços - PF e de Pacote de Serviços; assim que for aceita, você será comunicado e passará a ter acesso à Conta Universal Itaú e aos serviços a ela vinculados.

Na Proposta de Abertura da Conta, você solicitou a contratação dos seguintes serviços:

Cartão Provisório Itaú

☐ Sim ☒ Não

Entrega de Cheques em Domicílio

☐ Sim ☒ Não

Adiantamento a Depositantes (AD)

☐ Sim ☒ Não

LIS - Limite Itaú para Saque

☐ Sim ☒ Não

Seguro LIS Itaú

☐ Sim ☒ Não

Cartão de Crédito Itaucard: CREDITO

☒ Sim ☐ Não

Serviço de Avaliação Emergencial de Crédito

☐ Sim ☒ Não

Cartão de Débito Itaú

☒ Sim ☐ Não

Seguro Cartão Protegido (Múltiplo e/ou Débito)

☐ Sim ☒ Não

Aplicações e Resgates Automáticos (Aplic. Aut. Mais Itaú)

☐ Sim ☒ Não

Fatura Digital

☒ Sim ☐ Não

**Pacote de Serviços-** ( ) não solicitou - (x) solicitou Poupança Economica Itau;

com mensalidade de R\$ 0,00. Para conhecer os serviços incluídos neste pacote, consulte a Tabela Geral de Tarifas, disponível nas agências ou no site [www.itaubr.com](http://www.itaubr.com).

**Cartão 1º titular -** ( ) não solicitou - (x) solicitou CREDITO MASTERCARD E DEBITO MASTERCARD

no caso da contratação de cartão de crédito, a anuidade será parcelada em 08 vezes sem juros, com vencimento todo dia 06 de cada mês.

**Cartão 2º titular -** (x) não solicitou - ( ) solicitou \_\_\_\_\_;

no caso da contratação de cartão de crédito, a anuidade será parcelada em \_\_\_\_\_ vezes sem juros, com vencimento todo dia \_\_\_\_\_ de cada mês.

**Cartão adicional -** (x) não solicitou ( ) solicitou \_\_\_\_\_; O cartão pagará 50% da anuidade cobrada do respectivo titular.

**Cartão de Crédito:** Para cartões com a mecânica 2.0, caso você não pague o valor total da fatura e não contrate um Parcelamento ou Financiamento da Fatura até o vencimento, haverá cobrança de juros sobre: (i) o saldo remanescente a partir do vencimento da fatura; (ii) novas compras a partir de sua realização; e (iii) parcelas de compras parceladas sem juros a partir do lançamento na fatura. O pagamento, a qualquer momento, do saldo em aberto da fatura vigente evitará a incidência de juros sobre novas compras e parcelas, a partir deste pagamento. Compras e parcelas lançadas quando havia saldo em aberto terão incidência de juros até o próximo vencimento. Para entendimento da mecânica do cartão Itaucard 2.0 e demais tarifas acesse [itaubr.com/cartoes](http://itaubr.com/cartoes). O contrato será enviado para você via SMS e está disponível para consulta e download no site do Itaú. A anuidade é cobrada no uso do cartão múltiplo ou no desbloqueio do cartão de crédito, conforme valor vigente em tarifário. Para consultar se o seu cartão possui o Programa de Fidelidade e/ou fazer a adesão acesse [itaubr.com/fidelidade](http://itaubr.com/fidelidade).

**Extrato mensal Consolidado:** disponível para consulta no Itaú 30 Horas via Internet. O recebimento do Extrato Mensal Consolidado via correios pode ser solicitado pelo Itaú 30 horas via Internet, pelo Caixa Eletrônico ou pela Agência após a abertura e está sujeito à tarifação conforme Tabela Geral de Tarifas.

**Plano de Vantagens Itaú:** (x) Não Aderiu ( ) Aderiu

Atenção: Ao aderir ao Plano, **você deixará de contar com quaisquer isenções, condições especiais ou preços diferenciados de pacotes de tarifas e outros serviços, incluindo aqueles decorrentes do volume dos seus investimentos ou negociações do Itaú com o seu empregador.** Consulte os critérios, as condições específicas e os benefícios do seu Plano no Regulamento disponível nas agências ou no site. Os produtos e serviços solicitados poderão estar sujeitos à cobrança de tarifas conforme Tabela Geral de Tarifas, encargos e prêmios de seguro, conforme indicado anteriormente na Proposta de Abertura de Conta.

A qualquer momento você poderá procurar uma agência ou o SAC para cancelar os produtos e serviços contratados. Verifique sempre as condições e as consequências do cancelamento.

Lembre-se que as Condições Gerais da Conta Universal Itaú e dos Serviços, bem como a Tabela Geral de Tarifas, estão disponíveis nas agências e no [itaubr.com](http://itaubr.com).

**Itaú. Feito para você.**

Consultas, informações e transações, acesse [itaubr.com](http://itaubr.com) ou ligue 4004 4828 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 970 4828 (demais localidades), todos os dias, 24 horas por dia ou procure sua agência. Reclamações, cancelamentos e informações gerais, ligue para o SAC: 0800 728 0728, todos os dias, 24 horas por dia. Se não ficar satisfeito com a solução apresentada, contate a Ouvidoria: 0800 570 0011, em dias úteis, das 9h às 18h. Deficiente auditivo/fala: 0800 722 1722, todos os dias, 24 horas por dia.



**Itaú Unibanco S.A.**

## **Informações Essenciais - Conta Universal Itaú**

**Este documento apresenta determinadas informações essenciais sobre a Conta Universal Itaú. Outras informações importantes para sua decisão de abrir uma conta conosco não estão transcritos ou sumarizados neste documento. Caso você tenha interesse em abrir uma conta no Itaú, deverá ler e aceitar a íntegra das Condições Gerais da Conta Universal Itaú ("Condições Gerais"), disponível em nossas agências e em [itau.com.br](http://itau.com.br).**

**1. Regras básicas:** A Conta Universal Itaú ("conta") permite a movimentação, com um único número, de sua conta-corrente e conta-poupança. Você pode movimentar sua conta na agência e pelos canais de conveniência, tais como caixas eletrônicos, internet, telefone, celular ou tablet ou estabelecimentos conveniados. Sua conta acolherá depósitos, saques e débitos, bem como créditos ou débitos provenientes de transferências. A movimentação da conta pode ser feita mediante cartões, cheques, senhas de acesso e identificação biométrica, mas o fornecimento de folhas de cheques está sujeito à análise e aprovação pelo Itaú. Você pode abrir uma conta conjunta com outra pessoa, decidindo no momento da abertura se a movimentação da conta dependerá da autorização de ambos os titulares ou de apenas um deles. O Itaú pode debitar valores de sua conta nas situações autorizadas por você, inclusive para pagamento de operações de crédito. A utilização de serviços está sujeita à cobrança de tarifas, que podem ser consultadas na Tabela Geral de Tarifas afixada nas agências e em nosso site. São assegurados a você os serviços essenciais gratuitos, que são serviços básicos de movimentação e consulta da conta. Você tem a opção de contratar um pacote de serviços, que contempla uma quantidade adicional de serviços bancários. A utilização de serviços que exceder os essenciais ou aqueles incluídos no pacote eventualmente contratado será cobrada de forma individualizada.

**2. Riscos, Medidas de Segurança e Controle:** O Itaú adota tecnologias de segurança para ajudar a proteger sua conta, incluindo cartões com chip, que não permitem clonagem por serem criptografados, sistemas de identificação pessoal baseados em assinaturas, senhas, impressões digitais, códigos e outras informações de seu exclusivo conhecimento. No entanto, muitos dos riscos associados à manutenção de sua conta podem ser mitigados com a sua cooperação. a) Em caso de perda ou roubo de cartão, cheque ou senha, comunique imediatamente o Itaú por meio de nossos canais de atendimento. b) Guarde sua senha em local seguro, nunca a revele a terceiros e utilize equipamentos com sistemas de segurança atualizados em operações realizadas em canais eletrônicos. c) Quando necessário, solicite ao Itaú o imediato registro de oposição, contraordem a pagamento e cancelamento de cheques, observando a lei. Além disso, uma gestão consciente de seus recursos pode reduzir riscos de possíveis desconroles na movimentação de sua conta. Assim, (i) para evitar a emissão de cheques sem provisão de fundos e sua inclusão no CCF Cadastro de Emitentes de Cheques sem Fundos, sempre mantenha saldo disponível para liquidar cheques ainda não apresentados para pagamento e outros débitos pendentes; (ii) para lidar com indisponibilidades sistêmicas, bloqueios momentâneos e outras limitações de movimentação da conta, procure dispor de meios alternativos para pagamento de suas despesas imediatas; e (iii) caso opte pela contratação do serviço de adiantamento a depositante, use-o somente em situações emergenciais.

**3. Informações Cadastrais:** Você deverá manter seu cadastro atualizado, informando ao Itaú, sempre que solicitado, ou sempre que houver alteração, seus dados de renda, patrimônio, estado civil, telefone, endereço comercial, residencial e eletrônico e documentos de identificação apresentados na abertura da conta. As atualizações poderão ser efetuadas em qualquer agência Itaú. Seu endereço, telefone e e-mail podem ser atualizados também pela internet e pelo telefone. O Itaú poderá bloquear total ou parcialmente a movimentação de sua conta caso identifique a existência de dados desatualizados.

**4. Contratação e rescisão:** Para abrir sua conta, você deverá ler atentamente as Condições Gerais e preencher e assinar uma Proposta de Abertura de Conta, concordando com tais condições e escolhendo os serviços e autorizações disponíveis. Deverá apresentar os seguintes originais: (i) documento de identificação aceito pelo Itaú; (ii) comprovante de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF); e (iii) comprovante de residência. A conta poderá ser encerrada, a qualquer tempo, por escrito, por você ou pelo Itaú. No ato da solicitação de encerramento, você deverá entregar ao Itaú as folhas de cheque que possuir ou apresentar declaração de que as inutilizou. Além disso, deverá manter na sua conta saldo suficiente para pagamento dos compromissos assumidos. O Itaú enviará a você, por correio ou por meio eletrônico, aviso com a data do efetivo encerramento da conta.

**Consultas, informações e transações, acesse [itau.com.br](http://itau.com.br) ou ligue 4004 4828 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 970 4828 (demais localidades), todos os dias, 24 horas por dia ou procure sua agência. Reclamações, cancelamentos e informações gerais ligue para o SAC: 0800 728 0728, todos os dias, 24 horas por dia. Se não ficar satisfeito com a solução apresentada, de posse do protocolo, contate a Ouvidoria: 0800 570 0011, em dias úteis, das 9h às 18h. Deficiente auditivo/fala: 0800 722 1722, todos os dias, 24 horas por dia.**





## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Anderson Moreira do Nascimento,  
RG nº 355723-5, data de expedição 17/103/12,  
Órgão SSPIRR, portador do CPF nº 032.675.962-03, com  
domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de  
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) BUA: MOISÉS TEIXEIRA  
HAUSSEN, nº 1331,  
Bairro: CAKANA, declaro, sob as penas da Lei, que o  
veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente  
ocorrido com a vítima SARA COSTA GOMES,  
cujo o condutor era ANDERSON MOREIRA DO NASCIMENTO.

Veículo: Caminhonete

Modelo: Montana

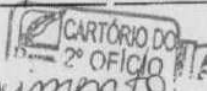
Ano: 2011/2012

Placa: OAC 5389

Chassi: 9BGCA80XOCB129460

Data do Acidente: 24/02/2019

Local e Data: Boa Vista/RR, 14/05/19

Anderson M. do Nascimento  Anderson Moreira  
Assinatura do Declarante

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

20 JUL. 2019



*Wagner*  
Tribunal de Arbitragem  
Escritório Autorizado

**Blocus** Alto: 04.03.2019

**SUS** Sistema Único de Saúde **Ministério da Saúde**

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR 2319659

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR 2319659

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

SARA COSTA GOMES 6 - N° DO BOMBUZINHO 00171056

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 8 - SEXO Feminino

710102103418010118125 9 - DATA DE NASCIMENTO 25/05/2002

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL ANGELICA COSTA MATEUS 11 - TELEFONE DE CONTATO (95) 99170-6450

13 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO) RUA - JORGE DIAS CARNEIRO 218 ALVORADA

14 - CÓD. BGE MUNICÍPIO 140010 15 - UF RR 16 - CEP

BOA VISTA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente de trânsito (sic) com lesão no membro superior esquerdo em coto.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As acima.

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

História clínica, exames físicos e RX.

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura do fêmur do membro (sic)

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

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fixação externa

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA ORTOPEdia

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO Urgência

28 - DOCUMENTO ☒ CNS ☐ CPF

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 898004860158875

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE ELDER SOARES

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 24/02/19

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) **Elder Soares** Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM 19287/RR

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO ☐ CNS ☐ CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 24/2/19

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

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 0408050519 5723 V99

**26 JUL. 2019**



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 24.02.19 O.S. \_\_\_\_\_

SARA COSTA GOMES

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DE DISTAL FÊMUR (E)  
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: FIXADOR EXTERNO  
TIPO DE INTERVENÇÃO: CIRÚRGICA  
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: N  
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O mesmo.

CIRURGIÃO: Dr. Jonathas C. Lopes 1º AUXILIAR: Dr. Marcos Baumann  
2º AUXILIAR: ~~Dr. Marcos Baumann~~ INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_  
3º AUXILIAR: \_\_\_\_\_ ANESTESIA: \_\_\_\_\_  
ANESTESISTAS: Dra. Ana Paula ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_  
INÍCIO: \_\_\_\_\_ FIM: \_\_\_\_\_ DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Paciente em DDH sob efeito anestésico
- ② Imobilização, antissepsia e colocação de campos hemostáticos
- ③ Redução indireta + fixação de fratura de fêmur com fixador externo. Com auxílio de litotomizador na imobilização.
- ④ Curativo.

Dr. Elder Soares  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1828/RR

Dr. Jonathas C. Lopes  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM-RR 1753 FECT 14272



26 JUL. 2019





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

# FICHA DE ANESTESIA

Sara Costa Gomes, 16 anos

24/02/19

|                                                                                                                                                                                                                          |                  |                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------|
| PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO                                                                                                                                                                             |                  | Nº                                          |
| 23:55 00:55                                                                                                                                                                                                              |                  | Emergência                                  |
| <div>AGENTES</div> <div>LIQUÍDOS VENOSOS</div> <div>DA X</div> <div>ULSO</div> <div>ANES X</div> <div>OP D</div> <div>TEMP</div> <div>ASPIR</div> <div>RESP O</div> <div>Expon</div> <div>Assist</div> <div>Contro</div> |                  |                                             |
| SIMBOLOS                                                                                                                                                                                                                 |                  |                                             |
| AGENTES                                                                                                                                                                                                                  | DOSES            | TÉCNICA                                     |
| A. Nexina 0,5 p 15 mg                                                                                                                                                                                                    |                  | BEA + sedação                               |
| B. midazolam 5 mg                                                                                                                                                                                                        |                  |                                             |
| C. Propofol 50 mg                                                                                                                                                                                                        |                  |                                             |
| D. Dexmedetomidina 30 mcg                                                                                                                                                                                                |                  |                                             |
| E.                                                                                                                                                                                                                       |                  |                                             |
| F.                                                                                                                                                                                                                       |                  |                                             |
| G.                                                                                                                                                                                                                       |                  |                                             |
| GLICOSE                                                                                                                                                                                                                  | LIQUÍDOS         | Cânula - Naso / Oro Faríngea                |
| NOVO                                                                                                                                                                                                                     |                  | Naso / Orotraqueal - Cego                   |
| SANGUE                                                                                                                                                                                                                   |                  | Bal - Tamp - Calibre do Tubo                |
|                                                                                                                                                                                                                          |                  | Sob Máscara                                 |
|                                                                                                                                                                                                                          |                  | Dificuldade Técnica                         |
|                                                                                                                                                                                                                          |                  | TEMPO DE ANESTESIA                          |
| TOTAL                                                                                                                                                                                                                    |                  |                                             |
| OPERAÇÃO                                                                                                                                                                                                                 |                  | ANOTAÇÕES                                   |
| Osteossíntese de fratur de fêmur E                                                                                                                                                                                       |                  | 1) Checagem de gases, drogas e equipamentos |
|                                                                                                                                                                                                                          |                  | 2) ECC + SpO2 + PANI                        |
|                                                                                                                                                                                                                          |                  | 3) Ventose msc e ad                         |
|                                                                                                                                                                                                                          |                  | 4) O2 no cateter nasal                      |
| ANESTESIA                                                                                                                                                                                                                |                  | Lariango - Espasmo - Excesso Seco           |
| CÓDIGO                                                                                                                                                                                                                   | CIRURGIÃO        | Depressão Respiratória - Hipoxia            |
|                                                                                                                                                                                                                          | marcos + fonatas | "Bucking" - Vômito                          |
|                                                                                                                                                                                                                          |                  | Hemorragia - Anemia                         |
|                                                                                                                                                                                                                          |                  | Bradi Taquicardia - Choque                  |
|                                                                                                                                                                                                                          |                  | PÉRDIA SANGÜÍNEA                            |

Dra. Ana Paula Thomé  
Médica Anestesiologista  
CRM-RR 1408

26 JUL. 2019

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Eng. Eduardo Gomes, 578  
Nova Planície - Tel: (93) 2121-0620  
AUTENTICAÇÃO  
17 MAIO 2019  
Sheila  
Certifico e dou fé que a presente  
cópia é fiel reprodução Original  
que foi apresentado neste Hospital

Pact: Sara Costa Gomes 16

GOVERNO DE RORAIMA  
SECRETARIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS

CAUTELA DA Ortopedia

Tipo Cirurgia:

Fixação fratura de fêmur

Data 2/02/2019

Nº DO PRONTUÁRIO:

Paciente: Sara Costa Gomes

idade 16

Sexo CC entendiado feito:

Circulante: Gilberto / Ramundo

04

Comerência Expurgo CME:

Material Utilizado:

03 Fixador externo 350mm Ref F082209  
Lote 010915

Lote: 010915 Código: F08 2 209  
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA  
SARTORI - LINEFIX FEMUR T  
350 - ESTERIL  
Fab.: 10/01/2019 Val.: 01/2024  
Registro Anvisa Nº 80083650031  
Material ACO INOX/ALUMINIO

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP  
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro / SP  
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

Lote: 010695 Código: AF35 5 650  
PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R  
X C X 4,5 X 200 X T

Fab.: 04/01/2019 Val.: 01/2024  
Registro Anvisa Nº 80083650026  
Material ACO INOX F138

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP  
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro / SP  
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

Dr. Marcus Brunner  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 191.000  
RESPONSÁVEL

19 VLS - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

28 VLS - CME

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N  
Novo Mundo Tel (93) 2121-0620  
AUTENTICAÇÃO  
17 MAIO 2019  
Certifico e atesto que a presente  
cópia é fiel Reprodução Original  
que foi apresentado neste Hospital

26 JUL. 2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

|                                                                                 |                             |                                                 |                                     |                              |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|--------------------------|
| NOME DO PACIENTE <sup>16º</sup><br><b>Sara Costa Gomes</b>                      |                             | APT OU LEITO                                    | Nº DO PRONTUÁRIO                    | DATA<br><b>24 02 2019</b>    |                          |
| CIRURGIA                                                                        |                             |                                                 |                                     |                              |                          |
| TIPO<br><b>Fixação Fratura de fêmur (E)</b>                                     |                             | TEMPO DE DURAÇÃO                                |                                     |                              |                          |
|                                                                                 |                             | INICIO <b>23:55</b>                             | FIM<br><b>24:37</b>                 | TEMPO TOTAL                  |                          |
| EQUIPE MÉDICA                                                                   |                             |                                                 |                                     |                              |                          |
| CIRURGIÃO                                                                       | <b>Dr. Shonatan</b>         |                                                 | ANESTESISTA:                        | <b>Dr. Ana Paula</b>         |                          |
| 1º AUXILIAR                                                                     | <b>Dr.</b>                  |                                                 | RES. ANESTESIA:                     | <b>Dr. Daniele</b>           |                          |
| 2º AUXILIAR                                                                     |                             |                                                 | INSTRUMENTADOR                      |                              |                          |
| TIPO DE ANESTESIA: <b>Dogue</b>                                                 |                             | CIRCUANTE<br><b>Gelberto / Ramundo / Elaine</b> |                                     |                              |                          |
|                                                                                 |                             | TEMPO DE DURAÇÃO:                               |                                     |                              |                          |
| QUANT.                                                                          | MATERIAIS                   | VALOR                                           | QUANT.                              | MEDICAMENTOS                 | VALOR                    |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                             | PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID. |                                                 | 1                                   | FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO    | <b>500 ml</b>            |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                             | PACOTES GAZE                |                                                 |                                     | FRASCOS- SORO RINGER LACTADO |                          |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                             | LUVA ESTERIL 7.0            |                                                 |                                     | FRASCOS- SORO GLICOSADO      |                          |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                             | LUVA ESTERIL 7.5            |                                                 |                                     | FIO VICRYL Nº                |                          |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                             | LUVA ESTERIL 8.0            |                                                 |                                     | FIO MONONYLON Nº             |                          |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                             | LUVA ESTERIL 8.5            |                                                 |                                     | FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº    |                          |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                             | LUVAS P/ PROCEDIMENTOS      | <b>paros m</b>                                  |                                     | FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº    |                          |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                             | LÂMINA BISTURI Nº 11        |                                                 |                                     | FIO CATGUT SIMPLES Nº        |                          |
|                                                                                 | DRENO DE SUÇÃO Nº           |                                                 |                                     | FIO CATGUT CROMADO Nº        |                          |
|                                                                                 | DRENO DE TORAX Nº           |                                                 |                                     | FIO PROLENE Nº               |                          |
|                                                                                 | DRENO DE PENROSE Nº         |                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | FIO SEDA Nº                  | <b>Fornera 3/0</b>       |
|                                                                                 | SERINGA 01ML                |                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | SURGICEL                     | <b>Atadura crepom 20</b> |
|                                                                                 | SERINGA 03ML                |                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | CERA P/ OSSO                 | <b>Elutrodia</b>         |
| 1                                                                               | SERINGA 05 ML               |                                                 |                                     | KIT CATARATA Nº              | <b>colita de 02</b>      |
| 1                                                                               | SERINGA 10ML                |                                                 |                                     | GEOFOAM                      | <b>Thorexideia 100ml</b> |
|                                                                                 | SERINGA 20ML                |                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | FITA CARDIACA                | <b>slued 70% 20ml</b>    |
| 7                                                                               | <b>Gelco 20</b>             |                                                 |                                     | OUTROS:                      |                          |
| MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS |                             |                                                 | DEBITAR NA C.C DO PACIENTE          |                              | VALOR                    |
| INSTRUMENTADOR (A)                                                              |                             | ENFERMEIRA CHEFE                                | MATERIAL MEDICAMENTOS               |                              |                          |
|                                                                                 |                             | <b>Ana Renata</b>                               | SUB- TOTAL                          |                              |                          |
| FUNCIONÁRIO/CALCULOS                                                            |                             | CIRCUANTE DE SALA                               | TAXA DE SALA                        |                              |                          |
|                                                                                 |                             | <b>Jaqueline</b>                                | TAXA DE ANESTESIA                   |                              |                          |
|                                                                                 |                             |                                                 | SOMA                                |                              |                          |
| ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE                                           |                             |                                                 |                                     |                              |                          |

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Rm. Eduardo Gomes, S.  
Novo Planalto - RR (93) 2121-062  
AUTENTICAÇÃO  
12 MAR 2019  
Sua  
cópia é fiel e verdadeira que a presente  
cópia é fiel e verdadeira que a presente  
que foi apresentada neste Hospital

26 JUL. 2019

Lote: 010695 Código: AF35 8 660  
PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R  
X C X 4,5 X 200 X T

Fab.: 04/01/2019 Val.: 01/2024  
Registro Anvisa Nº 80083650026  
Material ACO INOX F138

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP  
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP  
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

Lote: 010915 Código: F08 2 209  
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA  
SARTORI - LINEFIX FEMUR I  
350 - ESTERIL  
Fab.: 10/01/2019 Val.: 01/2024  
Registro Anvisa Nº 80083650031  
Material ACO INOX/ALUMÍNIO

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP  
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP  
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br



(A1163)

|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                     |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
|  <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b><br><b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b> |                                                                                                                                                                                                            |  |           |
| <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                     |           |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                            | DIH                                                                                 | DN        |
| PACIENTE                                                                                                                                                               | SARA COSTA GOMES                                                                                                                                                                                           |                                                                                     |           |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                            | fratura do diafrase femur (E)                                                                                                                                                                              |                                                                                     |           |
| ALERGIAS                                                                                                                                                               | NENHUMA                                                                                                                                                                                                    | HAS                                                                                 | NEGA      |
| IDADE                                                                                                                                                                  | 16a                                                                                                                                                                                                        | LEITO                                                                               | DATA      |
| ITEM                                                                                                                                                                   | PRESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                 |                                                                                     | HORÁRIO   |
| 1                                                                                                                                                                      | DIETA ORAL LIVRE                                                                                                                                                                                           |                                                                                     | SN        |
| 2                                                                                                                                                                      | AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia                                                                                                                                                                                   |                                                                                     | 24        |
| 3                                                                                                                                                                      | CEFALOTINA 1G EV 6/6H                                                                                                                                                                                      |                                                                                     | SUSPENSÃO |
| 4                                                                                                                                                                      | TILATIL 20mg 12/12hs                                                                                                                                                                                       |                                                                                     | 06 18     |
| 5                                                                                                                                                                      | DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N                                                                                                                                                                                    |                                                                                     | SN 4-18   |
| 6                                                                                                                                                                      | TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA                                                                                                                                   |                                                                                     | SN        |
| 7                                                                                                                                                                      | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)                                                                                                                                                                                 |                                                                                     | SN        |
| 8                                                                                                                                                                      | RANITIDINA 50MG EV 8/8HS                                                                                                                                                                                   |                                                                                     | 24 08 16  |
| 9                                                                                                                                                                      | SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)                                                                                                                                                                |                                                                                     | SN        |
| 10                                                                                                                                                                     | SSVV + CCGG 6/6 H                                                                                                                                                                                          |                                                                                     |           |
| 12                                                                                                                                                                     | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG                                                                                                                                                        |                                                                                     |           |
| 14                                                                                                                                                                     | CURATIVO DIARIO                                                                                                                                                                                            |                                                                                     |           |
| 15                                                                                                                                                                     | Clexone 40mg 1x/12h                                                                                                                                                                                        |                                                                                     | 08        |
| 16                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                     |           |
| 17                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                     |           |
| 18                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                     |           |
| 19                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                     |           |
| 20                                                                                                                                                                     | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                                                     |           |

**Dr. Elder Soares**  
 Médico Residente  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM 18.238/RR

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

Ao bloco para programação cirúrgica

| SINAIS VITAIS |  |  |  |  |
|---------------|--|--|--|--|
| 6 H           |  |  |  |  |
| 12 H          |  |  |  |  |
| 12 H          |  |  |  |  |
| 24 H          |  |  |  |  |

Paciente admitida às 2h  
 e queixas algias  
 Ad. m. c. m. + sruis  
 Troca de faldão  
 trocado bolsa  
 coletora de urina

**MÉDICO RESIDENTE EM**  
**ORTOPEDIA E**  
**TRAUMATOLOGIA.**

P. 106/67  
 P. 91

116-1

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                                  |                                                                    |     |      |            |         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----|------|------------|---------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                             |                                                                    |     |      |            |         |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                       |                                                                    |     |      |            |         |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                          |                                                                    |     |      |            |         |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                           |                                                                    | DIH | DN   |            |         |
| PACIENTE SARA COSTA GOMES                                                                                                                                                                                  |                                                                    |     |      |            |         |
| AGNÓSTICO FX DIAFISE DE FEMUR E                                                                                                                                                                            |                                                                    |     |      |            |         |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                   |                                                                    | HAS | DM2  |            |         |
| IDADE                                                                                                                                                                                                      | LEITO                                                              |     | DATA | 25/02/2019 |         |
| ITEM                                                                                                                                                                                                       | PRESCRIÇÃO                                                         |     |      |            | HORÁRIO |
| 1                                                                                                                                                                                                          | DIETA ORAL LIVRE                                                   |     |      |            | SND     |
| 2                                                                                                                                                                                                          | SF 0,9% 500ML EV S/N                                               |     |      |            | SU      |
| 7                                                                                                                                                                                                          | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                                    |     |      |            | SU      |
| 8                                                                                                                                                                                                          | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H                                      |     |      |            | SU      |
| 9                                                                                                                                                                                                          | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA             |     |      |            | SU      |
| 10                                                                                                                                                                                                         | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG                |     |      |            | SU      |
| 11                                                                                                                                                                                                         | SSVV + CCGG 6/6 H                                                  |     |      |            | SU      |
| 12                                                                                                                                                                                                         | CURATIVO DIÁRIO                                                    |     |      |            | SU      |
| 13                                                                                                                                                                                                         | NALBUPINA 10 MG + 100ML SF 0,9% 4 ML S/N (CASO NÃO TENHO O ITEM 9) |     |      |            | SU      |
| 14                                                                                                                                                                                                         | CLEXANE 40MG SC 1X DIA                                             |     |      |            | SU      |
| 15                                                                                                                                                                                                         | CEFALOTINA 1 G EV 6/6 HR                                           |     |      |            | SU      |
| 16                                                                                                                                                                                                         | D2 10ml 3/min contínuo                                             |     |      |            | SU      |
| 17                                                                                                                                                                                                         | SF 29% 100ml 100ml                                                 |     |      |            | SU      |
| 18                                                                                                                                                                                                         |                                                                    |     |      |            | SU      |
| 19                                                                                                                                                                                                         |                                                                    |     |      |            | SU      |
| 20                                                                                                                                                                                                         |                                                                    |     |      |            | SU      |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                                    |     |      |            |         |

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.  
# SOLICITADO:  
# CONDUTA: MANTIDA  
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
# PREVISÃO DE ALTA:

| SINAIS VITAIS |        |     |        | Dr. Marcos Aguiar<br>CRM-RR 1995<br>Residente de Ortopedia e<br>Traumatologia |
|---------------|--------|-----|--------|-------------------------------------------------------------------------------|
| CH            | PA     | FC  | FR     |                                                                               |
| 12 H          | 96x64  | 94  | 35°C   |                                                                               |
| 18 H          | 119x85 | 82  | 36,7°C |                                                                               |
| 24 H          | 110x90 | 106 |        |                                                                               |

Plantas Sespertino: Realizado cuidados de enfermagem, administração medicamentosa prescrita, aferido SSUV. Tarciana D. de Azevedo  
Téc. em Enfermagem  
COREN-RR 776.779

23.00 Apresenta dor forte aguda  
Apresenta que item 13 de prescrição  
SF 0,9% 500ml em 100ml  
D2 10ml 3/min

23.15 PA: 120x90  
SO 99%

25.02.19  
24.39  
Colate

Reinaldo Ribeiro  
Médico  
CRM-RR 142



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

|                                                                                                                                                                                                                                                   |                       |                                                             |                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------|
| Bloco: <b>A</b>                                                                                                                                                                                                                                   | Data: <b>25/02/19</b> | Enfermaria: <b>146</b>                                      | Leito: <b>1</b> |
| Nome Completo: <b>Sara Costa</b>                                                                                                                                                                                                                  | Idade:                | Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |                 |
| Procedência:                                                                                                                                                                                                                                      | Hipótese Diagnóstica: |                                                             |                 |
| Isolamento ou Precaução: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Gotícula - aerossol <input type="checkbox"/> Gotícula - perdigotos   |                       |                                                             |                 |
| Alergia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                | Qual (is):            |                                                             |                 |
| Necessidade de Interpretar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                             | Qual idioma:          |                                                             |                 |
| Possui acompanhante: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                    | Obs:                  |                                                             |                 |
| Deambulação: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sem deambulação <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Fraca <input type="checkbox"/> Comprometida/cambaleante |                       |                                                             |                 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <b>SISTEMA NEURÓLOGO</b><br><input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado<br><input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Torpido <input type="checkbox"/> Comatoso<br><input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Reage a estímulos <input type="checkbox"/> Não reage                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  | <b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b><br><input type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico BC: _____<br><input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Hipotenso <input type="checkbox"/> Hipertenso PA: _____<br><input type="checkbox"/> Pulso Cheio <input type="checkbox"/> Filiforme <input type="checkbox"/> Arritmico Pulso: _____                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |
| <b>PUPILAS</b><br><input type="checkbox"/> Euforizantes <input type="checkbox"/> Mioticas <input type="checkbox"/> Midriáticas<br><input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Indiferentes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  | <b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b><br><input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE/SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> Não<br>Alimentação da dieta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial<br>Evacuações: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Polipséptica<br><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Melena<br>Flatos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente |  |  |
| <b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b><br><input type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> Hipotérmico <input type="checkbox"/> Hipertérmico<br><input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Perda                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  | <b>REGULAÇÃO HÍDRICA</b><br><input type="checkbox"/> Na-moroso <input type="checkbox"/> Dissecado <input type="checkbox"/> Edematoso <input type="checkbox"/> Não<br><input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Maciço <input type="checkbox"/> Timpânico<br>Ruidos Hidroaéreos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente<br>Visceromegalias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                              |  |  |
| <b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b><br><input type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Ressecada<br><input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Hiperacorada<br><input type="checkbox"/> Anictérica <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica<br><input type="checkbox"/> Aclanótica <input type="checkbox"/> Edema Local: _____<br>Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não<br>Região: _____<br>Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  | <b>SISTEMA URINÁRIO / DIURÉSE</b><br><input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria<br><input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Colúria <input type="checkbox"/> Hematúria<br><input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Irrigação contínua <input type="checkbox"/> Uropen                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |
| <b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b><br><input type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Dispneico <input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Traqueostomia<br>Oxigenoterapia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |
| <b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</b><br>Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____<br>Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____<br>Sinais de Infecção no sítio da punção: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não<br>Sondas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Sifonagem<br>Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____<br>Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Data da instalação: _____ Trocar em: _____<br>Prótese: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tipo: _____ Local: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |
| <b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b><br><input type="checkbox"/> Deglutição <input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz <input type="checkbox"/> _____<br><input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada <input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para alimentação <input type="checkbox"/> _____<br><input type="checkbox"/> Risco de glicemia instável <input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para banho/higiene <input type="checkbox"/> _____<br><input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume de líquidos <input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente <input type="checkbox"/> _____<br><input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo <input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada <input type="checkbox"/> _____<br><input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente <input type="checkbox"/> Risco de dignidade humana comprometida <input type="checkbox"/> _____<br><input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada <input type="checkbox"/> Processos familiares disfuncionais <input type="checkbox"/> _____<br><input type="checkbox"/> Risco de constipação <input type="checkbox"/> Risco de quedas <input type="checkbox"/> _____<br><input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal <input type="checkbox"/> _____<br><input type="checkbox"/> Incontinência intestinal <input type="checkbox"/> Dor aguda <input type="checkbox"/> _____<br><input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado <input type="checkbox"/> Dor crônica <input type="checkbox"/> _____<br><input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> _____<br><input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de broncoaspiração <input type="checkbox"/> _____<br><input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de infecção <input type="checkbox"/> _____<br><input type="checkbox"/> Conforto prejudicado <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada <input type="checkbox"/> _____ |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |



116-1

|                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                        |  |     |         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------|--|-----|---------|
| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                                           |  |                                                        |  |     |         |
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                                      |  |                                                        |  |     |         |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                                |  |                                                        |  |     |         |
| GOVERNO DE RORAIMA<br>Hospital Geral de Roraima                                                                                                                                                                     |  |                                                        |  |     |         |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                   |  |                                                        |  |     |         |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                    |  | DIH                                                    |  | DN  |         |
| PACIENTE SARA COSTA GOMES                                                                                                                                                                                           |  |                                                        |  |     |         |
| AGNÓSTICO FX FEMUR E                                                                                                                                                                                                |  |                                                        |  |     |         |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                            |  | MORFINA                                                |  | HAS |         |
| IDADE                                                                                                                                                                                                               |  | LEITO                                                  |  | DM2 |         |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                |  | PRESCRIÇÃO                                             |  |     | HORÁRIO |
| 1                                                                                                                                                                                                                   |  | DIETA ORAL LIVRE                                       |  |     | SND     |
| 2                                                                                                                                                                                                                   |  | SF 0,9% 500ML EV S/N                                   |  |     |         |
| 7                                                                                                                                                                                                                   |  | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                        |  |     | 25.1    |
| 8                                                                                                                                                                                                                   |  | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H                          |  |     | 12.18   |
| 9                                                                                                                                                                                                                   |  | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA |  |     | 16.06   |
| 10                                                                                                                                                                                                                  |  | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG    |  |     | 16.06   |
| 11                                                                                                                                                                                                                  |  | SSVV + COGG 6/6 H                                      |  |     | 16.06   |
| 12                                                                                                                                                                                                                  |  | CURATIVO DIÁRIO                                        |  |     | 16.06   |
| 13                                                                                                                                                                                                                  |  | CLEXANE 40MG 1X/DIA SC                                 |  |     | 16.06   |
| 14                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                        |  |     |         |
| 15                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                        |  |     |         |
| 16                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                        |  |     |         |
| 17                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                        |  |     |         |
| 18                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                        |  |     |         |
| 19                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                        |  |     |         |
| 20                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                        |  |     |         |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |  |                                                        |  |     |         |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,  
ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
# EXAME FÍSICO: REG. ACIANÓTICO,  
ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO.

# SOLICITADO:  
# CONDUTA: MANTIDA

OGb PA: 129/72 FC: 84

|               |        |     |      |                                                                                 |
|---------------|--------|-----|------|---------------------------------------------------------------------------------|
| SINAIS VITAIS | PA     | FC  | FR   | Dr. Fernando Rezend<br>CRM-RR-2007<br>Residente de Ortopedia e<br>Traumatologia |
| 12 H          | 130x80 | 88  | 36.5 |                                                                                 |
| 18 H          | 122/83 | 103 | 35.5 |                                                                                 |
| 24 H          | 116/84 | 94  | 36.2 |                                                                                 |

UBS: A 12:00 a paciente no leito medicada e pm

Instituto de Saúde e Segurança  
Auxiliar da Enfermagem  
COREN-RR 000.361.072

|                                                                                     |                                                                                                                                                                                |                                                     |                                                                                                               |                         |                                                                                                                                                                  |                    |                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------|
|  |                                                                                                                                                                                | Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR |                                                                                                               | Protocolo nº 1          | Versão: 08                                                                                                                                                       | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 12/2018 |
| Paciente: <u>Sara Costa Gomes</u>                                                   |                                                                                                                                                                                | Leito: <u>116.1</u>                                 |                                                                                                               | Data: <u>26/02/2019</u> |                                                                                                                                                                  |                    |                     |
| Localização                                                                         |                                                                                             |                                                     | Região: <u>Femur Esquerdo</u>                                                                                 |                         |                                                                             |                    |                     |
| Etiologia                                                                           | ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: <u>  </u> Tração ( ) Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro: <u>  </u>                     |                                                     | Grau: I ( ) II ( <input checked="" type="checkbox"/> )                                                        |                         | ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: <u>  </u> Tração <u>  </u> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro: <u>  </u> |                    |                     |
| Aparência do Leito                                                                  | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros <u>  </u>                                                |                                                     | ( ) Normal ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: <u>  </u> |                         | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros <u>  </u>                                  |                    |                     |
| Pele Perilesional                                                                   | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: <u>  </u>                                                |                                                     | ( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: <u>  </u>                                     |                         | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: <u>  </u>                                                                      |                    |                     |
| Quantidade de Exsudato                                                              | ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco                                                                                                             |                                                     | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco                                                                                |                         | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco                                                                                                                                   |                    |                     |
| Solução de Limpeza                                                                  | ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Soro Fisiológico 0,9% ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%                                            |                                                     | ( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%                                                   |                         | ( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%                                                                                                      |                    |                     |
| Cobertura primária                                                                  | ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Outro: <u>carpenteria</u> |                                                     | ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: <u>  </u>                 |                         | ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: <u>  </u>                                                                    |                    |                     |
| Troca                                                                               | ( ) 12/12                                                                                                                                                                      |                                                     | ( ) 48/48h                                                                                                    |                         | ( ) 12/12 ( ) 48/48h                                                                                                                                             |                    |                     |
| Profissional que realizou procedimento:                                             | <u>Renato Siqueira Rodrigues</u><br>Aux. de Enfermagem<br>45.275                                                                                                               |                                                     | <u>Adonilde Vieira Araujo</u><br>Técnica de Enfermagem<br>CORP/RR 53195/TE                                    |                         |                                                                                                                                                                  |                    |                     |
| Observações:                                                                        |                                                                                                                                                                                |                                                     |                                                                                                               |                         |                                                                                                                                                                  |                    |                     |

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                            |            |                                              |                          |      |            |
|------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------|--------------------------|------|------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                       |            |                                              |                          |      |            |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                 |            |                                              |                          |      |            |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                    |            |                                              |                          |      |            |
| DATA DE ADMISSÃO                                     |            | DIH                                          | DN                       |      |            |
| PACIENTE SARA COSTA GOMES                            |            |                                              |                          |      |            |
| AGNÓSTICO FX FEMORAL E                               |            |                                              |                          |      |            |
| ALERGIAS                                             | MORFINA    | HAS                                          | DM2                      |      |            |
| IDADE                                                |            | LEITO                                        | 116-1                    | DATA | 27/02/2019 |
| ITEM                                                 | PRESCRIÇÃO |                                              |                          |      | HORÁRIO    |
| 1                                                    | DIETA      | LIVRE                                        |                          |      | SND        |
| 2                                                    | DEBIL      | ML EV S/N                                    |                          |      | SU         |
| 7                                                    |            | RAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                      |                          |      | SU         |
| 8                                                    |            | 00MG 2ML EV DE 6/6H                          |                          |      | SU         |
| 9                                                    |            | MG + 3FC, 3% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA |                          |      | SU         |
| 10                                                   | CAP        | 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG    |                          |      | SU         |
| 11                                                   | OSV        | G 6/6 H                                      |                          |      | SU         |
| 12                                                   | CLIR       | DIÁRIO                                       |                          |      | SU         |
| 13                                                   | LE         | 1MG 1X/DIA SC                                |                          |      | SU         |
| 14                                                   | Peterson   | SVD                                          | obs: começou o desmanche |      | OK         |
| 15                                                   |            |                                              |                          |      |            |
| 16                                                   |            |                                              |                          |      |            |
| 17                                                   |            |                                              |                          |      |            |
| 18                                                   |            |                                              |                          |      |            |
| 19                                                   |            |                                              |                          |      |            |
| 20                                                   |            |                                              |                          |      | SU         |
| CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),                  |            |                                              |                          |      |            |
| E ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; |            |                                              |                          |      |            |
| E; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE     |            |                                              |                          |      |            |
| EV + AVISAR PLANTONISTA                              |            |                                              |                          |      |            |
| EVOLUÇÃO                                             |            |                                              |                          |      |            |
| # ENCON                                              | 07         | DEITADO NO LEITO,                            | 06h                      |      |            |
| ATIVO, 10                                            | PAV        | ACTUANTE                                     | PA = 109x68              |      |            |
| # EXAME                                              | 10         | ACIANÓTICO,                                  | FC = 71                  |      |            |
| ANICTE                                               | 10         | OPNEICO,                                     | T = 36.6c                |      |            |
| NORMO                                                | 10         | ATADO.                                       | D = 100ml                |      |            |
| # SOLICIT                                            |            |                                              |                          |      |            |
| # CONDI                                              |            |                                              |                          |      |            |
| SINAIS                                               |            | SURGIA                                       |                          |      |            |
| # PRIVIS                                             |            | FC                                           | Dr. Fernando Rezende     |      |            |
| 12 H                                                 | 330x88     | 95                                           | CRM-RR 2007              |      |            |
| 18 H                                                 |            |                                              | Residente de Ortopedia e |      |            |
| 24 H                                                 | 300x70     | 73                                           | Traumatologia            |      |            |

12:00 27/02/2019 - ret no leito, verificado SSV, sem Queixas no momento, adm. medicações de horário cpm, trocado AUP e segue aos cuidados. começamos o desmanche da SVD as 12:00

06h pet no leito feito medicalização, com SSV realizado sem queixas segue aos cuidados da Enf. Fátima

Manoela R. Silva  
Téc. de Enfermagem  
COREN-RR 437581



116-1

| <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b><br><b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b><br><b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>                                                                                                   |                                                       |         |    |        |  | <b>HGR</b>      |         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------|----|--------|--|-----------------|---------|
| GOVERNO DE RORAIMA<br>Hospital Geral de Roraima                                                                                                                                                                            |                                                       |         |    |        |  |                 |         |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                          |                                                       |         |    |        |  |                 |         |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                           |                                                       | DIH     |    | DN     |  |                 |         |
| PACIENTE <b>SARA COSTA GOMES</b>                                                                                                                                                                                           |                                                       |         |    |        |  |                 |         |
| AGNÓSTICO <b>FX FEMUR E</b>                                                                                                                                                                                                |                                                       |         |    |        |  |                 |         |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                   |                                                       | MORFINA |    | HAS    |  | DM2             |         |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                      |                                                       | LEITO   |    | 116-1  |  | DATA 28/02/2019 |         |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                       | PRESCRIÇÃO                                            |         |    |        |  |                 | HORÁRIO |
| 1                                                                                                                                                                                                                          | DIETA ORAL LIVRE                                      |         |    |        |  |                 | SAD     |
| 2                                                                                                                                                                                                                          | SF 0,9% 500ML EV S/N                                  |         |    |        |  |                 |         |
| 7                                                                                                                                                                                                                          | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                       |         |    |        |  |                 |         |
| 8                                                                                                                                                                                                                          | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H                         |         |    |        |  |                 |         |
| 9                                                                                                                                                                                                                          | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA |         |    |        |  |                 |         |
| 10                                                                                                                                                                                                                         | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG   |         |    |        |  |                 |         |
| 11                                                                                                                                                                                                                         | SSVV + CCGG 6/6 H                                     |         |    |        |  |                 |         |
| 12                                                                                                                                                                                                                         | CURATIVO DIÁRIO                                       |         |    |        |  |                 |         |
| 13                                                                                                                                                                                                                         | CLEXANE 40MG 1X/DIA SC                                |         |    |        |  |                 |         |
| 14                                                                                                                                                                                                                         |                                                       |         |    |        |  |                 |         |
| 15                                                                                                                                                                                                                         |                                                       |         |    |        |  |                 |         |
| 16                                                                                                                                                                                                                         |                                                       |         |    |        |  |                 |         |
| 17                                                                                                                                                                                                                         |                                                       |         |    |        |  |                 |         |
| 18                                                                                                                                                                                                                         |                                                       |         |    |        |  |                 |         |
| 19                                                                                                                                                                                                                         |                                                       |         |    |        |  |                 |         |
| 20                                                                                                                                                                                                                         |                                                       |         |    |        |  |                 |         |
| <b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                       |         |    |        |  |                 |         |
| <b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>                                                                                                                                                                                                    |                                                       |         |    |        |  |                 |         |
| #ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,<br>ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE<br># EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO,<br>ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,<br>NORMOCORADO, HIDRATADO.<br><br># SOLICITADO:<br># CONDUTA: MANTIDA           |                                                       |         |    |        |  |                 |         |
| <b>SINAIS VITAIS</b><br># PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO                                                                                                                                                                   |                                                       |         |    |        |  |                 |         |
| 6 H                                                                                                                                                                                                                        | PA                                                    | FC      | FR |        |  |                 |         |
| 12 H                                                                                                                                                                                                                       | 128/72                                                | 72      |    | 36.5°C |  |                 |         |
| 18 H                                                                                                                                                                                                                       |                                                       |         |    |        |  |                 |         |
| 24 H                                                                                                                                                                                                                       | 126/78                                                | 77      |    | 36.4°C |  |                 |         |

Dr. Fernando Rezende  
CRM-RF 2007  
Residente de Ortopedia e  
Traumatologia

Plantão matutino 28/02/19 Quinta-feira, 28/02/2019.  
 Acomodada LOTE, realizado SSVV e medicação  
 e horário retornado SUP conforme solicitação.  
 Aos 19h - Paciente no leito, atendida comunicativa  
 e fazendo SSVV do horário, medicada C.p.m. tempo

|  |                                                     |              |                  |                    |                     |
|--|-----------------------------------------------------|--------------|------------------|--------------------|---------------------|
|  | Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR | Protocolo: 1 | Versão: 08       | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 12/2018 |
|  | Paciente: Sana Costa Soares                         | Leito: 116.1 | Data: 28/02/2019 |                    |                     |

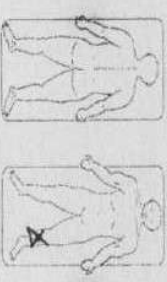
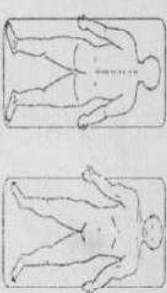
|                                         |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Localização                             | <br>Região: <u>coxa esquerda</u><br>Grau: I (X) II ( )                                                                                                                                                     | <br>Região: _____<br>Grau: I ( ) II ( )                                                                                                                                                                    |
| Etiologia                               | ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma: _____ Tração (X) Fixador Externo ( ) ortopedia<br>( ) Outro: _____                                                   | ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo ( ) ortopedia<br>( ) Outro: _____                                                 |
| Aparência do Leito                      | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____<br>( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro: _____ | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____<br>( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro: _____ |
| Pele Periferecional                     | ( ) Purulento ( ) Seroso (X) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro: _____                                                                                                                 | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro: _____                                                                                                                 |
| Tipo de Exsudato                        | ( ) Molhado (X) Úmido pouco ( ) Seco<br>( ) Outro: _____                                                                                                                                                   | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco<br>( ) Outro: _____                                                                                                                                                         |
| Quantidade de Exsudato                  | ( ) Molhado (X) Úmido pouco ( ) Seco<br>( ) Outro: _____                                                                                                                                                   | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco<br>( ) Outro: _____                                                                                                                                                         |
| Solução de Limpeza                      | (X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%<br>( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro: _____                                                | ( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%<br>( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro: _____                                                |
| Cobertura primária                      | (X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro: _____                                                                                                               | ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro: _____                                                                                                               |
| Troca                                   | ( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h<br><u>manha</u>                                                                                                                                                            | ( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h                                                                                                                                                                            |
| Profissional que realizou procedimento: | Adonildes Almeida Araújo<br>Técnico de Enfermagem<br>COREN-RR 507.795/TE                                                                                                                                   | Erivaldo Almeida Araújo<br>Técnico de Enfermagem<br>COREN-RR 818.355                                                                                                                                       |
| Observações:                            |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                            |

Tarde - Pauente estavel. / sem queixas  
Pd. m. c.p.m + SWS

Maria Mariana C. Ribeiro  
Alfama de Enderregem  
COREN-PA 000 184 087



|                                                                                     |                               |                                   |            |                    |                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|------------|--------------------|---------------------|
|  | Núcleo de Enfermagem em       | Protocolo nº 1                    | Versão: 05 | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 12/2018 |
|                                                                                     | Tatamento de Feridas -<br>HGR | Paciente: <i>Sara Costa Gomes</i> |            |                    |                     |
| Leito: <i>106-01</i>                                                                |                               | Data: <i>01/03/19</i>             |            |                    |                     |

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                    |                                                                                       |               |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Localização                             |                                                                                                                                                                                       | Região: <i>MIE</i> |  | Região: _____ |
| Etiologia                               | Grau: I ( <input checked="" type="checkbox"/> ) II ( )<br>( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma : Tração <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo <input checked="" type="checkbox"/> ortopedia<br>( ) Outro:  |                    |                                                                                       |               |
| Aparência do Leito                      | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____<br><input checked="" type="checkbox"/> Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro:                                     |                    |                                                                                       |               |
| Pepe Perilesional                       | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serosanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro:                                                                                                                                                      |                    |                                                                                       |               |
| Tipo de Exsudato                        | ( ) Molhado ( ) Umido ( ) Seco<br><input checked="" type="checkbox"/> Molhado ( ) Umido ( ) Seco                                                                                                                                                                         |                    |                                                                                       |               |
| Quantidade de Exsudato                  | ( ) Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%<br><input checked="" type="checkbox"/> Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( <input checked="" type="checkbox"/> ) Outro: <i>limpeza</i> |                    |                                                                                       |               |
| Cobertura primária                      | ( ) 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário ( ) 48/48h                                                                                                                                                                                                          |                    |                                                                                       |               |
| Troca                                   | ( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h                                                                                                                                                                                                                                          |                    |                                                                                       |               |
| Profissional que realizou procedimento: | <i>Paula M. S. Santos</i><br>Enfermeira<br>COEENRR 147315-ENF                                                                                                                                                                                                            |                    | <i>Luiz Carlos Alves Moura</i><br>Enfermeiro<br>COEENRR 147315-ENF                    |               |
| Observações:                            |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                    |                                                                                       |               |

|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                |                                                   |                       |  |                |                                             |                           |  |                            |  |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------|--|----------------|---------------------------------------------|---------------------------|--|----------------------------|--|
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Núcleo de Enfermagem em</b><br><b>Tratamento de Feridas -</b><br><b>HGR</b> |                                                   | <b>Protocolo nº 1</b> |  | <b>Versão:</b> |                                             | <b>Elaborada: 02/2013</b> |  | <b>Atualizada: 12/2018</b> |  |
| <b>Paciente: Sora Costa Gomes</b><br><b>Leito: 116-1</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Data: 02 / 03 / 19</b>                                                      |                                                   |                       |  |                |                                             |                           |  |                            |  |
| Localização                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                | <b>Região: m.i.e</b><br><b>Grau: I ( ) II (X)</b> |                       |  |                | <b>Região:</b><br><b>Grau: I ( ) II ( )</b> |                           |  |                            |  |
| Etiologia                                                | <input type="checkbox"/> LPP <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura (X) <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular<br><input type="checkbox"/> Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                              |                                                                                |                                                   |                       |  |                |                                             |                           |  |                            |  |
| Aparência do Leito                                       | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo (X) <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização<br><input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros ___<br><input type="checkbox"/> Normal (X) <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Outro: |                                                                                |                                                   |                       |  |                |                                             |                           |  |                            |  |
| Pele Perilesional                                        | <input type="checkbox"/> Purulento (X) <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                |                                                   |                       |  |                |                                             |                           |  |                            |  |
| Quantidade de Exsudato                                   | <input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                |                                                   |                       |  |                |                                             |                           |  |                            |  |
| Solução de Limpeza                                       | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%<br><input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                    |                                                                                |                                                   |                       |  |                |                                             |                           |  |                            |  |
| Cobertura primária                                       | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                |                                                   |                       |  |                |                                             |                           |  |                            |  |
| Troca                                                    | <input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                |                                                   |                       |  |                |                                             |                           |  |                            |  |
| Profissional que realizou procedimento:                  | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>Jucileide Moreira<br/>Assistente de Enfermagem<br/>COREN-RR 306.003</p> </div> <div> <p>Jucileide Moreira<br/>Assistente de Enfermagem<br/>COREN-RR 306.003</p> </div> </div>                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                |                                                   |                       |  |                |                                             |                           |  |                            |  |
| Observações:                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                |                                                   |                       |  |                |                                             |                           |  |                            |  |

| GOVERNO DE RORAIMA<br>Hospital Geral de Roraima                                                                                                                                                                     |                                                        | HOSPITAL GERAL DE RORAIMA<br>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA<br>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |    | HER<br>Hospital Geral de Roraima                                                 |  | ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA<br>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA |                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------|------------------------|
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                   |                                                        |                                                                                                     |    |                                                                                  |  |                                                        |                        |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                    |                                                        | DIH                                                                                                 |    | DN                                                                               |  |                                                        |                        |
| PACIENTE <b>SARA COSTA GOMES</b>                                                                                                                                                                                    |                                                        |                                                                                                     |    |                                                                                  |  |                                                        |                        |
| AGNÓSTICO <b>FX FEMUR E</b>                                                                                                                                                                                         |                                                        |                                                                                                     |    |                                                                                  |  |                                                        |                        |
| ALERGIAS <b>MORFINA</b>                                                                                                                                                                                             |                                                        | HAS                                                                                                 |    | DM2                                                                              |  |                                                        |                        |
| IDADE                                                                                                                                                                                                               |                                                        | LEITO <b>116-1</b>                                                                                  |    | DATA <b>03/03/2019</b>                                                           |  |                                                        |                        |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                | PRESCRIÇÃO                                             |                                                                                                     |    |                                                                                  |  |                                                        | HORÁRIO                |
| 1                                                                                                                                                                                                                   | DIETA ORAL LIVRE                                       |                                                                                                     |    |                                                                                  |  |                                                        | SND                    |
| 2                                                                                                                                                                                                                   | SF 0,9% 500ML EV S/N                                   |                                                                                                     |    |                                                                                  |  |                                                        |                        |
| 7                                                                                                                                                                                                                   | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                        |                                                                                                     |    |                                                                                  |  |                                                        |                        |
| 8                                                                                                                                                                                                                   | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H                          |                                                                                                     |    |                                                                                  |  |                                                        | <del>12 18 24 06</del> |
| 9                                                                                                                                                                                                                   | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA |                                                                                                     |    |                                                                                  |  |                                                        |                        |
| 10                                                                                                                                                                                                                  | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG    |                                                                                                     |    |                                                                                  |  |                                                        |                        |
| 11                                                                                                                                                                                                                  | SSVV + CCGG 6/6 H                                      |                                                                                                     |    |                                                                                  |  |                                                        | rotina                 |
| 12                                                                                                                                                                                                                  | CURATIVO DIÁRIO                                        |                                                                                                     |    |                                                                                  |  |                                                        | M                      |
| 13                                                                                                                                                                                                                  | CLEXANE 40MG 1X/DIA SC                                 |                                                                                                     |    |                                                                                  |  |                                                        | 16                     |
| 14                                                                                                                                                                                                                  |                                                        |                                                                                                     |    |                                                                                  |  |                                                        |                        |
| 15                                                                                                                                                                                                                  |                                                        |                                                                                                     |    |                                                                                  |  |                                                        |                        |
| 16                                                                                                                                                                                                                  |                                                        |                                                                                                     |    |                                                                                  |  |                                                        |                        |
| 17                                                                                                                                                                                                                  |                                                        |                                                                                                     |    |                                                                                  |  |                                                        |                        |
| 18                                                                                                                                                                                                                  |                                                        |                                                                                                     |    |                                                                                  |  |                                                        |                        |
| 19                                                                                                                                                                                                                  |                                                        |                                                                                                     |    |                                                                                  |  |                                                        |                        |
| 20                                                                                                                                                                                                                  |                                                        |                                                                                                     |    |                                                                                  |  |                                                        |                        |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                        |                                                                                                     |    |                                                                                  |  |                                                        |                        |
| <b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>                                                                                                                                                                                             |                                                        |                                                                                                     |    |                                                                                  |  |                                                        |                        |
| #ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,<br>ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE                                                                                                                                                |                                                        |                                                                                                     |    |                                                                                  |  |                                                        |                        |
| # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO,<br>ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,<br>NORMOCORADO, HIDRATADO.                                                                                                                       |                                                        |                                                                                                     |    |                                                                                  |  |                                                        |                        |
| # SOLICITADO:                                                                                                                                                                                                       |                                                        |                                                                                                     |    |                                                                                  |  |                                                        |                        |
| # CONDUTA: MANTIDA                                                                                                                                                                                                  |                                                        |                                                                                                     |    |                                                                                  |  |                                                        |                        |
| # INDICAÇÃO DE CIRURGIA:                                                                                                                                                                                            |                                                        |                                                                                                     |    |                                                                                  |  |                                                        |                        |
| # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO                                                                                                                                                                                    |                                                        |                                                                                                     |    |                                                                                  |  |                                                        |                        |
| 6H                                                                                                                                                                                                                  | PA                                                     | FC                                                                                                  | FR |                                                                                  |  |                                                        |                        |
| 12 H                                                                                                                                                                                                                | 124/60                                                 | 93                                                                                                  | 18 | 36,8°                                                                            |  |                                                        |                        |
| 18 H                                                                                                                                                                                                                | 123/61                                                 | 86                                                                                                  |    | 36,2°                                                                            |  |                                                        |                        |
| 24 H                                                                                                                                                                                                                | 122/44                                                 | 70                                                                                                  | -  | 36,4°                                                                            |  |                                                        |                        |
| ob: 120x70 67                                                                                                                                                                                                       |                                                        |                                                                                                     |    | 36,5°                                                                            |  |                                                        |                        |
|                                                                                                                                                                                                                     |                                                        |                                                                                                     |    | Dr. Fernando Rezende<br>CRM-RR-2007<br>Residente de Ortopedia e<br>Traumatologia |  |                                                        |                        |

Planta Dúmro: Paciente  
orientado, leito indicado  
de honra repouso / quixôas.  
leito todo de sono normal

Atestado de Recebimento do  
Paciente em Enfermagem  
Data: 03/03/2019



|  <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b><br><b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b><br><b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>                                      |                                                       |   |                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>GOVERNO DE RORAIMA</b>                                                                                                                                                                                                                       |                                                       |                                                                                                                                                                        |                                                                                  |
| <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>                                                                                                                                                                                                                        |                                                       |                                                                                                                                                                        |                                                                                  |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                |                                                       | DIH                                                                                                                                                                    | DN                                                                               |
| PACIENTE <b>SARA COSTA GOMES</b>                                                                                                                                                                                                                |                                                       |                                                                                                                                                                        |                                                                                  |
| AGNÓSTICO <b>FX FEMUR E</b>                                                                                                                                                                                                                     |                                                       |                                                                                                                                                                        |                                                                                  |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                                        | <b>MORFINA</b>                                        | HAS                                                                                                                                                                    | DM2                                                                              |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                           | LEITO                                                 | <b>116-1</b>                                                                                                                                                           | DATA <b>04/03/2019</b>                                                           |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                            | PRESCRIÇÃO                                            |                                                                                                                                                                        | HORÁRIO                                                                          |
| 1                                                                                                                                                                                                                                               | DIETA ORAL LIVRE                                      |                                                                                                                                                                        |                                                                                  |
| 2                                                                                                                                                                                                                                               | SF 0,9% 500ML EV S/N                                  |                                                                                                                                                                        |                                                                                  |
| 7                                                                                                                                                                                                                                               | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                       |                                                                                                                                                                        |                                                                                  |
| 8                                                                                                                                                                                                                                               | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H                         |                                                                                                                                                                        |                                                                                  |
| 9                                                                                                                                                                                                                                               | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA |                                                                                                                                                                        |                                                                                  |
| 10                                                                                                                                                                                                                                              | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG   |                                                                                                                                                                        |                                                                                  |
| 11                                                                                                                                                                                                                                              | SSVV + CCGG 6/6 H                                     |                                                                                                                                                                        |                                                                                  |
| 12                                                                                                                                                                                                                                              | CURATIVO DIÁRIO                                       |                                                                                                                                                                        |                                                                                  |
| 13                                                                                                                                                                                                                                              | <b>CLEXANE 40MG 1X/DIA SC</b>                         |                                                                                                                                                                        |                                                                                  |
| 14                                                                                                                                                                                                                                              |                                                       |                                                                                                                                                                        |                                                                                  |
| 15                                                                                                                                                                                                                                              |                                                       |                                                                                                                                                                        |                                                                                  |
| 16                                                                                                                                                                                                                                              |                                                       |                                                                                                                                                                        |                                                                                  |
| 17                                                                                                                                                                                                                                              |                                                       |                                                                                                                                                                        |                                                                                  |
| 18                                                                                                                                                                                                                                              |                                                       |                                                                                                                                                                        |                                                                                  |
| 19                                                                                                                                                                                                                                              |                                                       |                                                                                                                                                                        |                                                                                  |
| 20                                                                                                                                                                                                                                              |                                                       |                                                                                                                                                                        |                                                                                  |
| <b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),</b><br><b>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;</b><br><b>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE</b><br><b>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b> |                                                       |                                                                                                                                                                        |                                                                                  |
| <b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>                                                                                                                                                                                                                         |                                                       |                                                                                                                                                                        |                                                                                  |
| #ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,<br>ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE<br># EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO,<br>ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,<br>NORMOCORADO, HIDRATADO.<br><br># SOLICITADO :<br># CONDUTA : MANTIDA                             |                                                       |                                                                                                                                                                        |                                                                                  |
| <b>SINAIS VITAIS</b><br># PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO                                                                                                                                                                                        |                                                       |                                                                                                                                                                        |                                                                                  |
| 6 H                                                                                                                                                                                                                                             | PA                                                    | FC                                                                                                                                                                     | FR                                                                               |
| 12 H                                                                                                                                                                                                                                            |                                                       |                                                                                                                                                                        |                                                                                  |
| 18 H                                                                                                                                                                                                                                            |                                                       |                                                                                                                                                                        |                                                                                  |
| 24 H                                                                                                                                                                                                                                            |                                                       |                                                                                                                                                                        |                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                       |                                                                                                                                                                        | Dr. Fernando Rezende<br>CRM-RR 2007<br>Residente de Ortopedia e<br>Traumatologia |

Paciente BEG, LOT, sem sinais fisiológicos  
relatos presentes em membros inferiores  
recebeu alta com programação única pelo  
VIR + acompanhamento pelo HEM.

Dr. Pedro de Souza Faust  
Médico  
CRM-RR 2028

| GOVERNO DE RORAIMA<br>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                            |                                                       | HOSPITAL GERAL DE RORAIMA<br>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA<br>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |    | HGR<br>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                 |         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------------------------------------------------|---------|
| <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>                                                                                                                                                                                                   |                                                       |                                                                                                     |    |                                                                                  |         |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                           |                                                       | DIH                                                                                                 |    | DN                                                                               |         |
| PACIENTE <b>SARA COSTA GOMES</b>                                                                                                                                                                                           |                                                       |                                                                                                     |    |                                                                                  |         |
| AGNÓSTICO <b>FX FEMUR E</b>                                                                                                                                                                                                |                                                       |                                                                                                     |    |                                                                                  |         |
| ALERGIAS <b>MORFINA</b>                                                                                                                                                                                                    |                                                       | HAS                                                                                                 |    | DM2                                                                              |         |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                      |                                                       | LEITO <b>116-1</b>                                                                                  |    | DATA <b>04/03/2019</b>                                                           |         |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                       | PRESCRIÇÃO                                            |                                                                                                     |    |                                                                                  | HORÁRIO |
| 1                                                                                                                                                                                                                          | DIETA ORAL LIVRE                                      |                                                                                                     |    |                                                                                  |         |
| 2                                                                                                                                                                                                                          | SF 0,9% 500ML EV S/N                                  |                                                                                                     |    |                                                                                  |         |
| 7                                                                                                                                                                                                                          | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                       |                                                                                                     |    |                                                                                  |         |
| 8                                                                                                                                                                                                                          | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H                         |                                                                                                     |    |                                                                                  |         |
| 9                                                                                                                                                                                                                          | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA |                                                                                                     |    |                                                                                  |         |
| 10                                                                                                                                                                                                                         | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG   |                                                                                                     |    |                                                                                  |         |
| 11                                                                                                                                                                                                                         | SSVV + CCGG 6/6 H                                     |                                                                                                     |    |                                                                                  |         |
| 12                                                                                                                                                                                                                         | CURATIVO DIÁRIO                                       |                                                                                                     |    |                                                                                  |         |
| 13                                                                                                                                                                                                                         | CLEXANE 40MG 1X/DIA SC                                |                                                                                                     |    |                                                                                  |         |
| 14                                                                                                                                                                                                                         |                                                       |                                                                                                     |    |                                                                                  |         |
| 15                                                                                                                                                                                                                         |                                                       |                                                                                                     |    |                                                                                  |         |
| 16                                                                                                                                                                                                                         |                                                       |                                                                                                     |    |                                                                                  |         |
| 17                                                                                                                                                                                                                         |                                                       |                                                                                                     |    |                                                                                  |         |
| 18                                                                                                                                                                                                                         |                                                       |                                                                                                     |    |                                                                                  |         |
| 19                                                                                                                                                                                                                         |                                                       |                                                                                                     |    |                                                                                  |         |
| 20                                                                                                                                                                                                                         |                                                       |                                                                                                     |    |                                                                                  |         |
| <b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                       |                                                                                                     |    |                                                                                  |         |
| <b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>                                                                                                                                                                                                    |                                                       |                                                                                                     |    |                                                                                  |         |
| #ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,<br>ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE<br># EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO,<br>ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,<br>NORMOCORADO, HIDRATADO.<br># SOLICITADO :<br># CONDUTA : MANTIDA            |                                                       |                                                                                                     |    |                                                                                  |         |
| # INDICAÇÃO DE CIRURGIA:                                                                                                                                                                                                   |                                                       |                                                                                                     |    |                                                                                  |         |
| # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO                                                                                                                                                                                           |                                                       |                                                                                                     |    |                                                                                  |         |
| 6 H                                                                                                                                                                                                                        | PA                                                    | FC                                                                                                  | FR |                                                                                  |         |
| 12 H                                                                                                                                                                                                                       |                                                       |                                                                                                     |    |                                                                                  |         |
| 18 H                                                                                                                                                                                                                       |                                                       |                                                                                                     |    |                                                                                  |         |
| 24 H                                                                                                                                                                                                                       |                                                       |                                                                                                     |    |                                                                                  |         |
|                                                                                                                                                                                                                            |                                                       |                                                                                                     |    | Dr. Fernando Rezende<br>CRM-RF 2007<br>Residente de Ortopedia e<br>Traumatologia |         |

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brfg. Eduardo Gomes, S/N  
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620  
**AUTENTICAÇÃO**  
17 MAR 2019  
Shelle  
Certifico e Dou fé que a presente  
cópia é fiel Reprodução Original  
que foi apresentado neste Hospital

RR SEGUROS DPVAT



FICHA DE CADASTRO

DADOS DO CLIENTE

|                  |                  |  |               |                |  |
|------------------|------------------|--|---------------|----------------|--|
| NOME COMPLETO    | Sara Costa Gomes |  |               |                |  |
| CPF              | 068.501.832-65   |  |               |                |  |
| RG               | EMISSOR          |  | UF            |                |  |
| DATA DO ACIDENTE | / /              |  | LOCAL         |                |  |
| NOME DO PAI      |                  |  |               |                |  |
| NOME DA MÃE      |                  |  |               |                |  |
| ENDEREÇO (1)     |                  |  |               |                |  |
| BAIRRO           |                  |  | CIDADE        |                |  |
| CEP              |                  |  | ESTADO        |                |  |
| TEL. CEL. (1)    | ( )              |  | TEL. CEL. (2) | ( ) 99177-6923 |  |
| ENDEREÇO (2)     |                  |  |               |                |  |
| BAIRRO           |                  |  | CIDADE        |                |  |
| SINISTRO         |                  |  |               |                |  |

Documentos necessarios

- ( / ) CPF (Xerox)
- ( / ) RG (Xerox)
- ( ) Comprovante BANCÁRIO
- ( / ) Comprovante de Residência
- ( / ) PRONTUÁRIO HOSPITALAR
- ( ) BOLETIM DE OCORRÊNCIA
- ( ) ATO DECLARATORIO (se houver/samu, bombeiro, policia militar, policia rodoviária federal)
- ( ) DUT (caso a vítima seja o proprietário do veiculo)

Diana  
25/10/19





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: CPF: Profissão: Endereço: Número: Complemento: Bairro: Cidade: Estado: CEP: E-mail: Tel. (DDD):

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

## RENTA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- 
- ☐
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- 
- ☐
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação dos danos permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:Grupo de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou seu representante legal (se não alfabetizado)  
Local e Data: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

## CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Pelo presente instrumento particular de contrato firmado entre as partes, de um lado como CONTRATANTE \_\_\_\_\_ portador do RG: \_\_\_\_\_ SSP/\_\_\_\_ e inscrito no CPF: \_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) na Rua: \_\_\_\_\_, n°.\_\_\_\_, Bairro: \_\_\_\_\_, Boa Vista-RR do outro lado como contratado ILOIR INÁCIO DE SOUZA, inscrito no CPF: 383.051.512-04, com escritório nesta cidade situado á Rua: Antônio Pinheiro Galvão, n° 1832, Bairro: Buritis, têm como justo e certo o que segue:

I-O contratado obriga-se a ingressar administrativamente junto a Seguradora Responsável para levantamento e pagamento do valor referente ao seguro DPVAT, decorrente de acidente de trânsito acima.

II-Como remuneração total do trabalho desenvolvido o CONTRATADO receberá da CONTRATANTE o percentual de \_\_\_\_\_ % (\_\_\_\_\_ por cento) do valor total pago pela SEGURADORA RESPONSÁVEL, pelo sistema de seguros obrigatórios nacional.

III-Fica estipulado entre as partes multa contratual no valor equivalente a 25% (vinte e cinco por cento) do valor a ser recebido pela CONTRATANTE se no decorrer da prestação dos serviços contratados este, desistir do contrato.

IV-As partes elegem o foro desta cidade de Boa Vista-RR, para dirimirem quaisquer ações oriundas deste contrato.

Assim por estarem justos e contratados, assinam o presente em duas vias de igual teor para que surta efeitos de direito.

Boa Vista-RR, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2019.

\_\_\_\_\_  
CONTRATANTE

\_\_\_\_\_  
ILOIR INACIO DE SOUZA

# RR SEGUROS DPVAT



## FICHA DE CADASTRO

### DADOS DO CLIENTE

|                  |                              |               |                                             |    |  |
|------------------|------------------------------|---------------|---------------------------------------------|----|--|
| NOME COMPLETO    | * Sara costa gomes           |               |                                             |    |  |
| CPF              | 068 501 832-65               |               |                                             |    |  |
| RG               | 509 774-6                    | EMISSOR       |                                             | UF |  |
| DATA DO ACIDENTE | 27/02/09                     | LOCAL         | ENFENT O DETRAN<br>BRIGADEIRO EDUARDO GOMES |    |  |
| NOME DO PAI      | AN GULIA costa matheus       |               |                                             |    |  |
| NOME DA MÃE      | JO-ELSON mendes lima         |               |                                             |    |  |
| ENDEREÇO (1)     | Rua George dia Camins Nº 228 |               |                                             |    |  |
| BAIRRO           | ALVORADA                     | CIDADE        | BV                                          |    |  |
| CEP              |                              | ESTADO        | RR                                          |    |  |
| TEL. CEL. (1)    | 9168 8028                    | TEL. CEL. (2) | 19176 9439                                  |    |  |
| ENDEREÇO (2)     |                              |               |                                             |    |  |
| BAIRRO           |                              | CIDADE        |                                             |    |  |
| SINISTRO         |                              |               |                                             |    |  |

### Documentos necessarios

- ☒ CPF (Xerox)
- ☒ RG (Xerox)
- ☒ Comprovante BANCÁRIO
- ☒ Comprovante de Residência
- ☐ PRONTUÁRIO HOSPITALAR
- ☐ BOLETIM DE OCORRÊNCIA
- ☐ ATO DECLARATORIO (se houver/samu, bombeiro, policia militar, policia rodoviária federal)
- ☐ DUT (caso a vítima seja o proprietário do veículo)



Seguradora Líder-DPVAT Acompanh

Email - ILOIR INACIO - Outlook

Proevo DPVAT | Home

seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo

PAGUE SEGURO

Como Pagar

Consulta a Pagamentos Efetuados

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

**SINISTRO 3190450701 - Resultado de consulta por beneficiário**

**VÍTIMA** SARA COSTA GOMES  
**COBERTURA** Invalidez  
**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** CN  
CORRETORA DE SEGUROS E SERVICOS EIRELI - Matriz  
**BENEFICIÁRIO** SARA COSTA GOMES  
**CPF/CNPJ:** 06850183265

**Posição em 20-09-2019 11:07:57**  
O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.  
Data do Pagamento: XX/XX/XXXX  
Valor da Indenização: R\$00.000,00  
Juros e Correção: R\$00.000,00  
Valor Total: R\$00.000,00

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 03/09/2019        | R\$ 2.362,50         | R\$ 0,00         | R\$ 2.362,50 |

Histórico das correspondências enviadas

| Data da | Referência | Ver |
|---------|------------|-----|
|---------|------------|-----|

WELLYSON ALEXA....pdf  
Cancelado

Ativar o Windows  
Acesse Configurações para ativar o Windows.

Exibir todos

Windows

10:08  
20/09/2019



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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu Flair Inacio de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 383.051.612 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Sara Costa Gomes inscrito (a) no CPF sob o Nº 525.484.672 / 72 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Sara Costa Gomes, inscrito (a) no CPF sob o Nº 068.501.832 / 65, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios

☒ Recuso informar

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

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

|                                                |                            |                         |                                                  |
|------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------|
| Endereço<br><u>Rua Antonio Pinheiro Galvão</u> |                            | Número<br><u>1832</u>   | Complemento<br><u>Casa</u>                       |
| Bairro<br><u>Buritis</u>                       | Cidade<br><u>Boa Vista</u> | Estado<br><u>RR</u>     | CEP<br><u>69.309.209</u>                         |
| Email<br><u>elairr@hotmail.com</u>             |                            | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD)<br><u>(95) 98403-5060</u> |

26 JUL. 2019

Boa Vista - RR de 25 de julho de 2019  
Local e Data

Assinatura do Declarante



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

068.501.832-65

Nome completo da vítima:

Sara Costa Gomes

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Sara Costa Gomes

CPF:

068.501.832-65

Profissão: estudante

Endereço:

Rua: Jorge Dias Carneiro

Número:

218

Complemento:

Bairro:

diverada

Cidade:

Baculista

Estado:

RR

CEP:

65.317-232

E-mail:

I.LOIRRRR@HOTMAIL.COM

Tel.(DDD):

(95)98403-5060

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR☐ ATÉ R\$1.000,00☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00☐ SEM RENDA☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☐ Caixa Econômica Federal (104)☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Itau

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou do beneficiário

Local e Data: Baculista - RR

Nome: Sara Costa Gomes

CPF: 068.501.832-65

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Sara Costa Gomes

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Angélica Costa Matos

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

26 JUL. 2019



## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE

|                |                  |
|----------------|------------------|
| NOME:          | Sara Costa Gomes |
| NACIONALIDADE: | Brasileira       |
| PROFISSÃO:     | Autônomo         |
| IDENTIDADE:    | 5097746-SSP-RR   |
| ENDEREÇO:      |                  |

### OUTORGADO

|                |                                              |
|----------------|----------------------------------------------|
| NOME:          | Ilair Imacio de Souza                        |
| NACIONALIDADE: | Brasileira                                   |
| PROFISSÃO:     | Autônomo                                     |
| IDENTIDADE:    | 114807-SSP-RR                                |
| ENDEREÇO:      | Rua Antonio Pinheiro Galvão nº 1832 Curitiba |

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, cobertura Invalidez, vítima: Sara Costa Gomes.

Boa Vista-RR

LOCAL E DATA

Angelica Costa Mateus

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

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

**CARTÓRIO LOUREIRO**  
AV. VILLE RUY, Nº 306 - CENTRO - BOA VISTA - RR - TEL: (93) 3624-6097 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR

**DR. JOZIEL LOUREIRO**  
TABELÃO E REGISTRADOR

REC VERDADEIRA a(s) assinatura(s)  
[Sua(s) assinatura(s)] - ANGELICA COSTA MATEUS

LAAE Em testemunho da verdade, Boa Vista, 06/05/2019.  
Emol: 2,45, FUNDEJURR: 0,25, FISC: 0,10, FECON: 0,10, ISS: 0,10, Selo: REC FIR 1583455W19YZSMS8WJP116  
Consulte seu selo: <https://cidadeao.portalselorr.com.br>  
CPF Solicitante: 52548767272

*Marjory C. Esbell Briglio*  
Escrevente Autorizada  
Cartório Loureiro

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE

|                |                                           |
|----------------|-------------------------------------------|
| NOME:          | Angelica Costa Mateus                     |
| NACIONALIDADE: | Brasileira                                |
| PROFISSÃO:     | Autônoma                                  |
| IDENTIDADE:    | 181431 SSP-RR                             |
| ENDEREÇO:      | Rua: Jorge Diaz Carneiro, n° 218 Alvorada |

### OUTORGADO

|                |                                             |
|----------------|---------------------------------------------|
| NOME:          | Ilair Inacio de Souza                       |
| NACIONALIDADE: | Brasileiro                                  |
| PROFISSÃO:     | Autônomo                                    |
| IDENTIDADE:    | 114 804 SSP/RR.                             |
| ENDEREÇO:      | Rua: Antonio Pinheiro Galvão, 1832, Buritis |

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 24 / 02 / 2019, cobertura Invalidez, vítima: Sara Costa Gomes.

Boa Vista - RR

LOCAL E DATA

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



Angelica Costa Mateus

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

26 JUL. 2019

**CARTÓRIO LOUREIRO**  
DR. JOZIEL LOUREIRO  
TABELÃO E REGISTRADOR  
AV. VILLE ROY N° 5636 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (93) 3624-6097 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR

REC. VERDADEIRA a(s) assinatura(s)  
(08/06/2019) - ANGELICA COSTA MATEUS

EDGG. Em testemunho da verdade Boa Vista, 24/07/2019  
Emol: 2,45, FUNDEJURR: 0,25, FISC: 0,10, FECON: 0,10, ISS: 0,10Vr Sel: 1,5  
Celo: REC FIR 158345MGQG2KSUY11DUL31  
Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>  
CPF Solicitante: 52548767272

Thays Coutinho Weber  
Escritor Autorizada  
J. Loureiro

## PROCURAÇÃO.

**OUTORGANTE:** Sora Costa Gomes, menor, nascido em 25/05/2002, inscrito no CPF/MF nº 068.501.832-65, neste ato representado por Angelica Costa Mateus, portador do RG nº 182431, inscrito no CPF/MF nº 525.487.672-72, Nacionalidade, brasileira Estado Civil, Profissão, doméstica, E-mail, telefone 99168-8028 (XX) 99176-9439, celular (95) 98403-5060, residente e domiciliado na Rua George Dias Amico UF, RR sob nº 218, Bairro Alvorada, na Cidade de Boa Vista, CEP nº 65.317-232.

## OUTORGADO:

A presente procuração é concedida ao advogado **REINALDO FÉLIX DA SILVA**, inscrito na OAB/RR sob o nº 2171, Telefone: (95) 981033934, domiciliado na Rua: Flamboian, Nº 341, CEP: 69314184, Bairro: Jardim Primavera, Boa Vista Roraima.

**PODERES:** O (s) outorgante (s) nomeia (m) o outorgado seu procurador, conferindo-lhe os poderes da cláusula “ad judicium” e “ad extra”, conjunta ou separadamente, para representá-lo em juízo ou fora dele, outorgando-lhe ainda os especiais poderes de concordar, acordar, confessar, discordar, desistir, transigir, firmar compromissos, reconhecer a procedência do pedido, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, receber valores e levantar alvarás



judiciais extraídos em nome do outorgante, requerer falências e concordatas, imputar a terceiros, em nome dos outorgantes, fatos descritos como crimes, arguir exceções de suspeição, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica e substabelecer com ou sem reserva os poderes conferidos pelo presente mandato.



REINALDO FÉLIX DA SILVA

OAB/RR: 2171

*\*Angelica Costa Mateus*

**DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS**

OUTORGANTE: Angelica Costa Mateus  
ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ PROFISSÃO Doméstica  
RG nº. 181431  
CPF/MF nº. \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: Rua Jorge Dias Carneiro N° 218  
Alvorada

**DECLARA** não ter condições de arcar com as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo de meu próprio sustento e/ou de minha família, nos termos do art. 99 § 3º da Lei nº 13.105/15 e alterações, por ser pessoa pobre na acepção jurídica do termo.

Boa Vista/RR, 20/ setembro de 2019.

\* Angelica Costa Mateus



E

E

X

40.7 %

24/2/2019 23:03:41

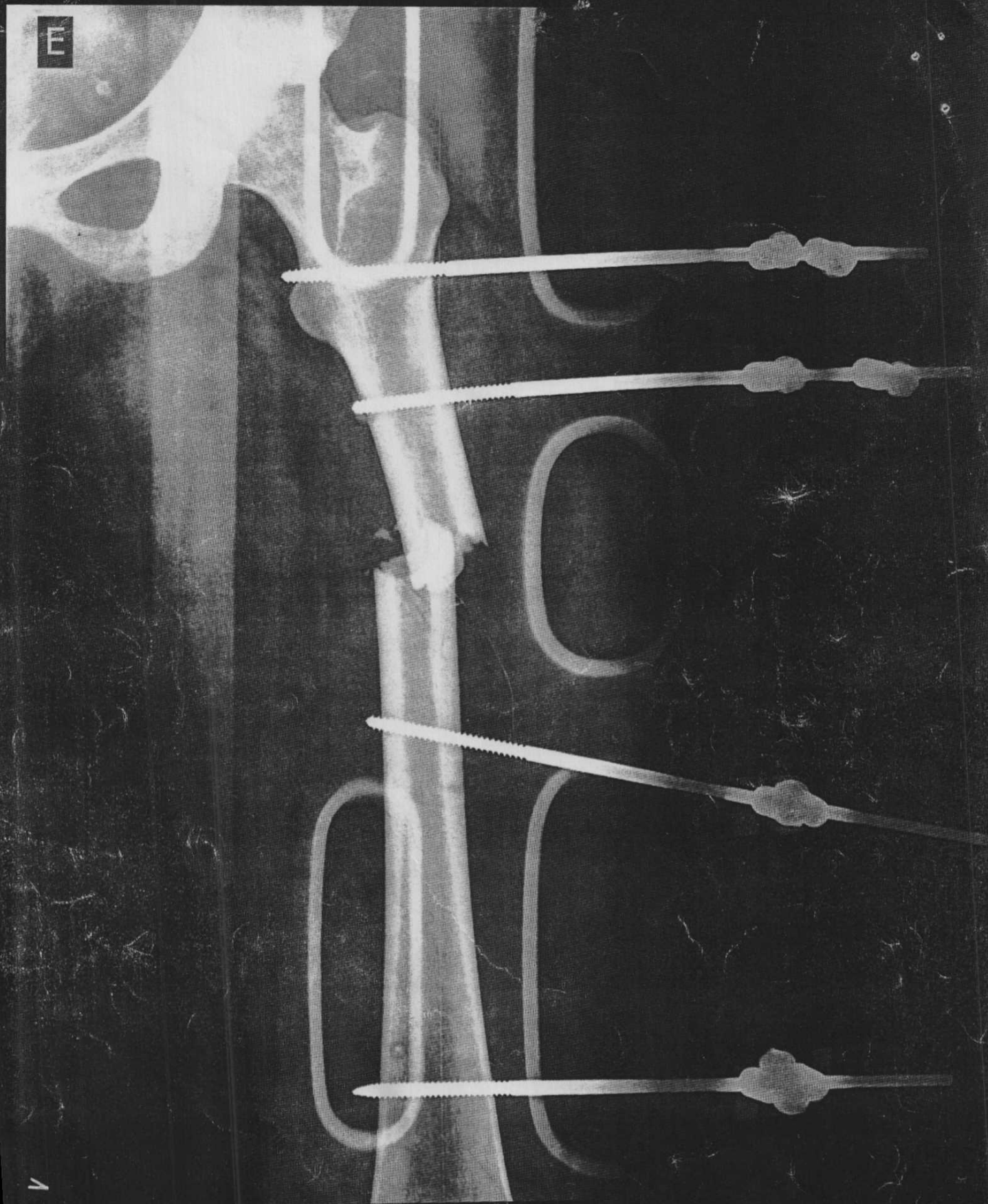
52.5 %

24/2/2019 23:03:41

SARA COSTA GOMES ,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



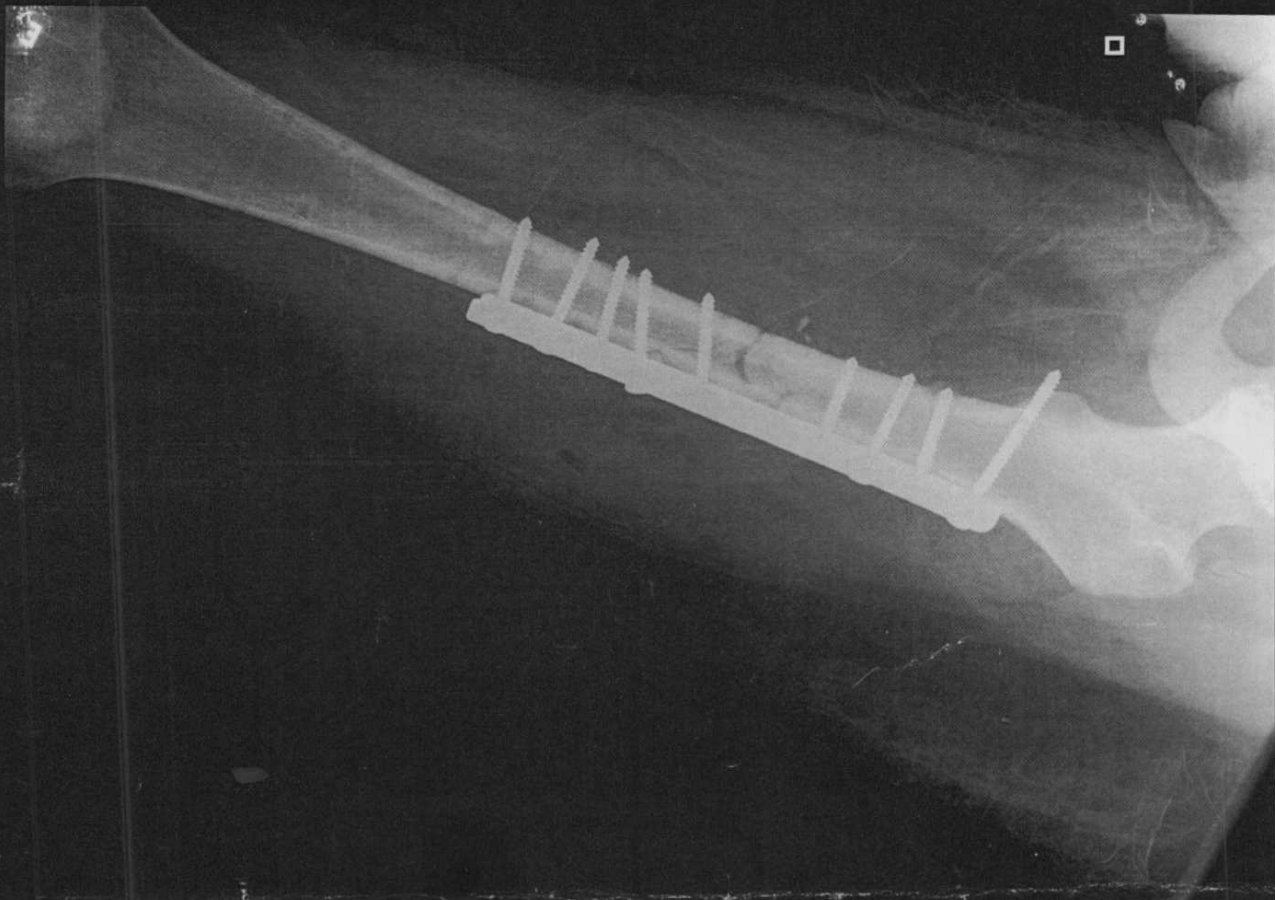


SARA COSTA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

13/3/2019 14:40:33

53.7 %



40,7 %

SARA COSTA GOMES ,

17/4/2019 10:43:28

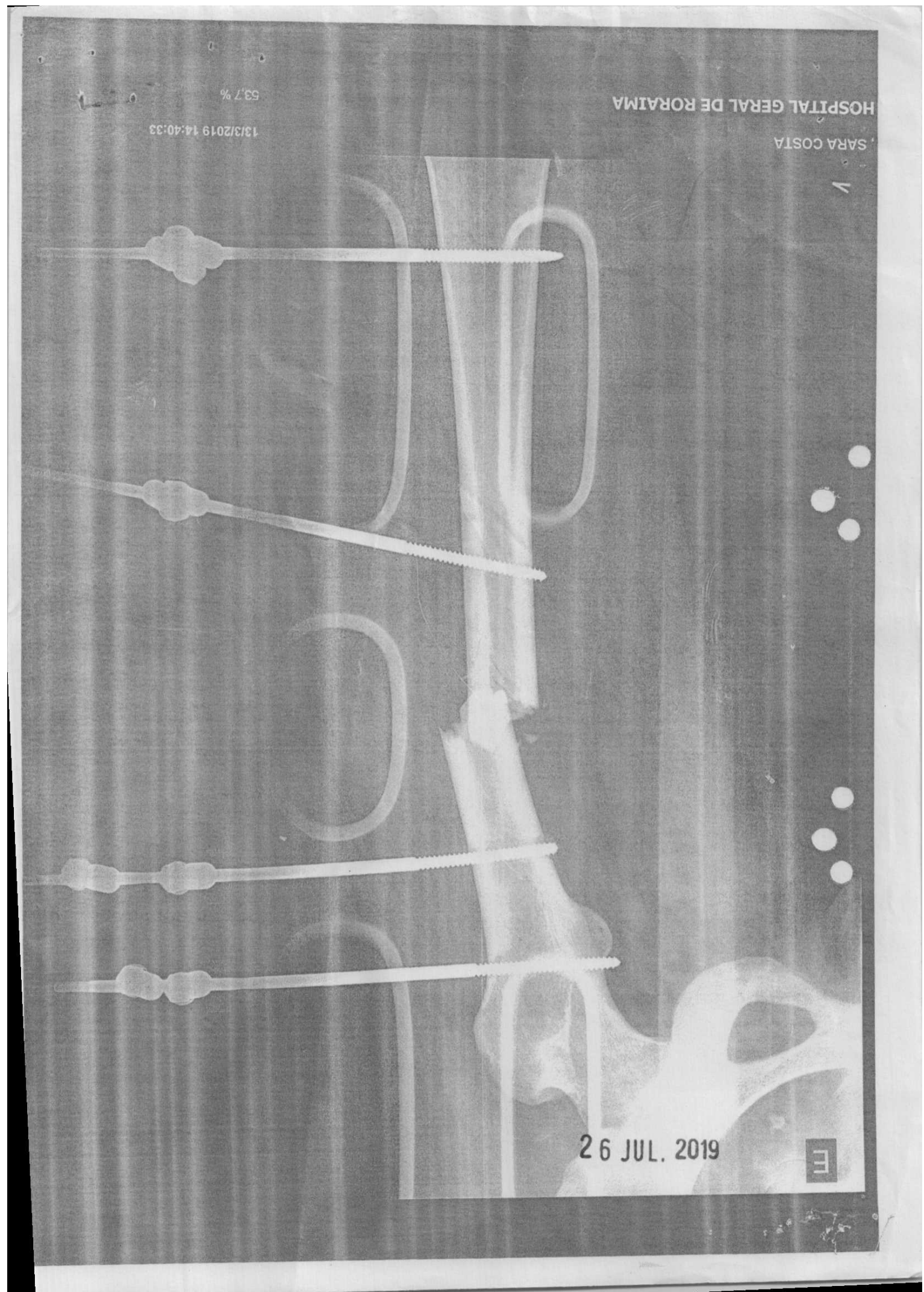
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

60,0 %



17/4/2019 10:43:28





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SARA COSTA

53.7%  
13/3/2019 14:40:33

26 JUL 2019





