



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002210/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 30/01/2019 10:16 Data/Hora Fim: 30/01/2019 10:24
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 12/08/2018 08:00

Local do Fato

Município: Alto Alegre (RR)
Logradouro: vicinal da anta

Bairro: .

Tipo do Local: Área Rural

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: LAURA SALOMAO DE SOUZA (VÍTIMA, COMUNICANTE)
Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Feminino Nasc: 12/01/1970
Profissão: Agricultor
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Alice Alves Nome do Pai: Izidio Salomao

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 173243
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 653.402.212-53

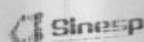
Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Avenida dos Trabalhadores Nº: 3286
Bairro: Operario
Telefone: (95) 99173-4864 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 841.876.112-15	Placa NAP8847
Renavam 00549047891	Número do Motor KD05E5D217348
Número do Chassi 9C2KD0550DR217343	Ano/Modelo Fabricação 2013/2013
Cor PRETA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/NXR150 BROS ES
Modelo HONDA/NXR150 BROS ES	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 21/04/2016	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO
Nome Envolvido	Envolvimentos
Laura Salomao de Souza	Possuidor

Página 1 de 2



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 01/03/2019 09:52
Contrato nº: 1120-2018-000000000000

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002210/2019

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante informa que trafegava pela Vicinal da Anta, como garupa da motocicleta acima descrita e conduzida por IVANILDO DE ALBUQUERQUE CARNEIRO, quando batera em um buraco, perderam o controle e caíram. Que a comunicante sofreu lesões corporais. Que **NAO DESEJA** representar criminalmente. Que registra **SOMENTE** para fins de seguro DPVAT. Era o relato.

ASSINATURAS

Erico Wallace Bessa Rocha

Agente de Polícia
Matrícula 42000652

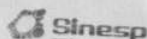
Responsável pelo Atendimento

Laura Salomao de Souza

(Comunicante / Vítima)

"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."

Jefferson Inácio Araújo
Agente de Polícia Civil
Mat. 42000652



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Jefferson Inácio Araújo
Data de Impressão: 01/08/2019 09:52

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002210/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 30/01/2019 10:16 Data/Hora Fim: 30/01/2019 10:24
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 12/08/2018 08:00

Local do Fato

Município: Alto Alegre (RR)
Logradouro: vicinal da anta

Bairro: .

Tipo do Local: Área Rural

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: LAURA SALOMAO DE SOUZA (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Feminino Nasc: 12/01/1970
Profissão: Agricultor
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Alice Alves Nome do Pai: Izidio Salomao

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 173243
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 653.402.212-53

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Avenida dos Trabalhadores Nº: 3286
Bairro: Operário
Telefone: (95) 99173-4864 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 841.876.112-15	Placa NAP8847
Renavam 00549047891	Número do Motor KD05E5D217348
Número do Chassi 9C2KD0550DR217348	Ano/Modelo Fabricação 2013/2013
Cor PRETA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/NXR150 BROS ES
Modelo HONDA/NXR150 BROS ES	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 21/04/2016	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido	Envolvimentos
Laura Salomao de Souza	Possuidor

Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Erico Wallace Bessa Rocha
Data de Impressão: 30/01/2019 10:24
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

15 JUL. 2019



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

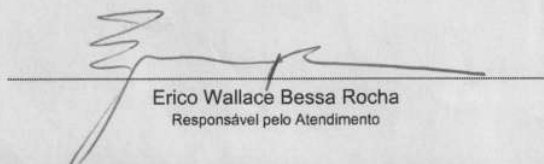
BOLETIM DE Ocorrência

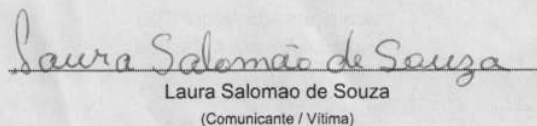
Nº: 002210/2019

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante informa que trafegava pela Vicinal da Anta, como garupa da motocicleta acima descrita e conduzida por IVANILDO DE ALBUQUERQUE CARNEIRO, quando batera em um buraco, perderam o controle e caíram. Que a comunicante sofreu lesões corporais. Que **NAO DESEJA** representar criminalmente. Que registra **SOMENTE** para fins de seguro DPVAT. Era o relato.

ASSINATURAS


Erico Wallace Bessa Rocha
Responsável pelo Atendimento


Laura Salomao de Souza
(Comunicante / Vítima)

"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."



15 JUL 2019

15 JUL. 2019



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Erico Wallace Bessa Rocha
Data de Impressão: 30/01/2019 10:24
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

8/2013

... Guia de Atendimento 02 ...

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

Rosália Gomes da Silva
Aux. Serv. Saúde

13.05.18

1800994358	12/08/2018 15:00:45	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	15
Paciente		Data Nascimento		Idade	CNS	CPF
LAURA SALOMAO DE SOUZA		12/01/1970		48 A 7 M 0 D	706406134992283	65340221253
Tipo Doc		Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil
IDENTIDADE		173243	SSPRR	22/09/1997	F	SOLTEIRO(A)
Mãe		ALICE ALVES		Raça/Cor		Naturalidade
Endereço		CAMPO - COMUNIDADE PIUM - 000 - CENTRO - ALTO ALEGRE - RR		Pai		BOA VISTA - RR
				Contato		BRASILEIRA
						(95) 99123-0453
						Ocupação
						AGRICULTOR
Class. de Risco		Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA				Pressão
Setor		Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:		
GRANDE TRAUMA		DEMANDA ESPONTANEA		OZIERES.PRADO		
Queixa Principal						
☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue						
Anamnese de Enfermagem						
				GSC	TOTAL	
				AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6	15	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)						
Pte. vítima queda de moto. Mq. sincope, mto enjôo						
Exame Físico						
edema no tornozelo (D)						
Hipótese Diagnóstica						
Arterial R						
SADT - Exames Complementares						
☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS: _____						
PRESCRIÇÃO						
APRAZAMENTO				OBSERVAÇÃO		
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Eduardo Gomes, 3308 Novo Planalto, Tel: (95) 212-0620				AUTENTICAÇÃO		
18 NOV. 2018				Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel reprodução Original que foi apresentado neste Hospital		
Condução						
☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório						
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)						
☐ Alta a Revella ☐ Internação						
☐ Transferência para: _____ 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: ozieres.prado						
Data Hora: 12/08/2018 15:01:29						
15 JUL. 2019						
1800994358						



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DE RORAIMA SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE RORAIMA		REGISTRO GERAL 173.243 2ª via	DATA DE EXPEDIÇÃO 22.09.1997
 		NOME LAURA SALOMÃO DE SOUZA	
NÃO DOAR DE ORGÃO E TECIDOS		FILIAÇÃO Izidio Salomão Alicia Alves	
		Boa Vista RR 12.01.1970 DATA DE NASCIMENTO	
ASSINATURA DO TITULAR <i>Laura Salomão de Souza</i>		C.N. nº 79.194 L. A-115 F. 267v- Boa Vista DOC. ORIGEM RR	
CARTEIRA DE IDENTIDADE		CPF <i>Orceles Pereira Rodrigues</i> Dir. Substituto de Registro	
		LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	

MINISTÉRIO DA FAZENDA Secretaria da Receita Federal	
CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS	
Nome	LAURA SALOMAO DE SOUZA
Nº de inscrição	653402212-53
Date do Nascimento	12/01/70
	

TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29/10/1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção de aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia de preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL NOTI: WWW.MTE.GOV.BR

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PT-DATEP

164.65606.20-9

NOTES

3755678

SEMP

0050

RR

Laura Salomao de Souza

ASSINATURA DO TITULAR



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

LAURA SALOMAO DE SOUZA

FILIAÇÃO: ALICE ALVES

NASCIMENTO: 12/01/1970

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: BOA VISTA - RR

DOCUMENTO: R.G. - 173243 - 22/09/1997 - SESP - RR

LEI Nº 9.049, DE 19 DE MAIO DE 1995

CPF: 663.402.212-53

TT. ELEITOR: 003019292823

LOCAL DE EMISSÃO: SRTE/RR - BOA VISTA

DATA DE EMISSÃO: 17/06/2018

ZONA: 3

CNH: 167

Laura
ADELÃO PEREIRA MOTA BEZERRA
Superintendente Regional do Trabalho e Emprego - RR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE

PARA

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

LEGENDA
A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE INTERSSEXUALIDADE | G - DATA DE NASCIMENTO
B - SUBSTITUIÇÃO | D - ADICIONA | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

Via de Pagamento para o mes/ano: 04/2019 referente a UC: 805874

<http://www.roraimaenergia.com.br/segundavia/fatura.php>



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 2683347

MARTA MARIA DA SILVA

R. C, 176 ,

CIDADE SATELITE

69317584 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
805874	04/2019	13-MAR-19 a 11-APR-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
194	01-MAY-19	R\$ 178,99

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
805874	04/2019	R\$ 178,99

836400000011.789900750009.000000000802.587404190056



15 JUL. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

 Polegar Direito 

Laura Salomão de Souza
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **173243** DATA DE EXPEDIÇÃO **05/09/2018**

NOME
LAURA SALOMÃO DE SOUZA

FILIAÇÃO
IZIDIO SALOMÃO
ALICE ALVES

NATURALIDADE
BOA VISTA - RR

DOC. ORIGEM
CERTD NASC 79194 FLS 267 LIV A-115
1º OF BOA VISTA-RR

CPF
653.402.212-53

DATA DE NASCIMENTO
12/01/1970

AMADEU ROCHA TRIANI
Partido Federalista da Polícia Civil
Diretor do IBC

2ª VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

PROIBIDO PLASTIFICAR

15 JUL. 2019

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CARTEIRA DE TRABALHO

Eu Laura Salomão de Souza, portador do RG nº 173243
Orgão expedidor _____ e do CPF 653.402.212-53 residente no
endereço Rua C n° 176
Bairro Cidade Satélite declaro que não possuo CTPS – Carteira de
Trabalho, declaro estar ciente de que a falsidade nas informações acima
implicará nas penalidades cabíveis, previstas no Artigo 15 da Lei 12.101/09.

Bca-Vista, 24/09/19

(local, data)

Laura Salomão de Souza

(Assinatura do declarante)



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Laura Salomão de Souza

CPF da Vítima

653.402.212-53

Data do Acidente

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

_____, ____ de _____ de _____
Local e Data

Laura Salomão de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Laura Salomão de Souza

CPF da Vítima

653.402.212-53

Data do Acidente

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

_____, ____ de _____ de _____
Local e Data

Laura Salomão de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu Alcir Inácio de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 383.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Laura Salomão de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 653.402.212 / 53 do sinistro de DPVAT cobertura invalida da Vítima Laura Salomão de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 653.402.212 / 53 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua: Antonio Romero Galvão</u>		Número <u>1832</u>	Complemento <u>Ap: 04</u>
Bairro <u>Leuriteú</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309-209</u>
Email <u>alcirr@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(95) 98125-9538</u>

_____ de _____ de _____
Local e Data

Laura Salomão de Souza
Assinatura do Declarante

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Laura Salomão de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	
IDENTIDADE:	
ENDEREÇO:	173.243 SSP/RR Rua: C, 176, Cidade Satélite

OUTORGADO

NOME:	Ilair Imacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	
ENDEREÇO:	114.807 SSP/RR Rua: Antonio Pinheiro Galvão, 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.

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



LOCAL E DATA

Laura Salomão de Souza

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



CARTÓRIO LOUREIRO	DR. JOZIEL LOUREIRO TABELIÃO E REGISTRADOR
AV. VILLE ROY, Nº 3636 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (95) 3624-6097 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR	
REC. VERDADEIRA a(s) assinatura(s)	
[21695000]-LAURA SALOMÃO DE SOUZA	
JCDL Em testemunho da verdade Boa Vista, 30/01/2019	
Emol: 2.40, FUNDEJURR: 0,24, FISC: 0,12, FECON: 0,12, ISS: 0,12	
Selo: REC FIR 158345S1J0Z2SYSMYM9970	
Consulte seu selo: https://cidadao.portalselorr.com.br	
CPF Solicitante: 65340221253	

Maryory C.C. Esbell Brighia
Escritor Autorizada
Cartório Loureiro

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

653.402.212-53

Nome completo da vítima

Laura Salomão de Souza

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Laura Salomão de Souza

CPF titular da conta

653.402.212-53

Profissão

Endereço

Número

Complemento

Barrio

Cidade

Estado

CEP

Email

laura@hotmail.com

Telefone (DDD)

(95) 98185-9538

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAU (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

de de
Local e Data

Laura Salomão de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Numero do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

653.402.212-53

Nome completo da vítima

Laura Salomão de Souza

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Laura Salomão de Souza	653.402.212-53	
Endereço	Número	Complemento
Rua: C, 1	176	
Barrio	Cidade	Estado
Cidade Satellite	Boca Vista	RR
E-mail	CEP	Telefone (DDD)
luisvrr@hotmail.com	69.317-584	(95) 98125-9538

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRQ D/V (Informar dígito se existir)		BANCO Nome NRQ AGÊNCIA NRQ D/V (Informar dígito se existir)	
CONTA NRQ D/V (Informar dígito se existir)		CONTA NRQ D/V (Informar dígito se existir)	

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

_____ de _____ de _____
Local e Data

x Laura Salomão de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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:	Nome completo da vítima:	
	653.402.212-53	Ipauro Salomão de Souza	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Ipauro Salomão de Souza		653.402.212-53	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Agricultor	Rua: C	376	Casa
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Cidade Satélite	Boa Vista	RR	69.317-584
E-mail:	Tel. (DDD):		
ILDIRRR@HOTMAIL.COM	(95) 99154-4282		

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

DADOS CADASTRAIS

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: _____

AGÊNCIA: 6953 ☐ CONTA: 23506 ☐

(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 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.

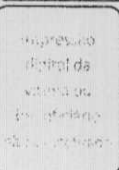
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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: 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.



Local e Data, Boa Vista - RR, 20/05/19

Nome: Ipauro Salomão de Souza

CPF: 653.402.212-53

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Ipauro Salomão de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

15 JUL. 2019

(*) 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.

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Laura Salomão de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Agricultora
IDENTIDADE:	173243 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua: C -, nº: 176, cidade satélite

OUTORGADO

NOME:	João Fracisco de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua Antônio Pereira Galvão, 1832, Bunitos

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..

Boa Vista - RR 18/09/2018

LOCAL E DATA

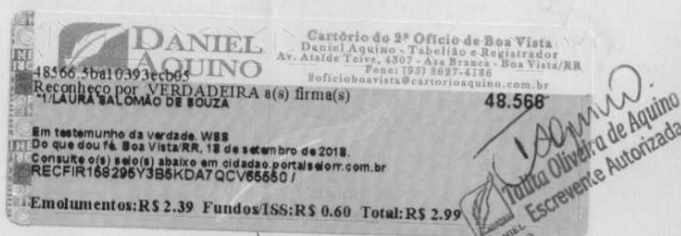


15 JUL. 2019

Laura Salomão de Souza

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)





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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu João Inácio de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 383.051.512/04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Isaura Salomão de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 653.402.212/53 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Isaura Salomão de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 653.402.212/53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Antônio P. Galvão</u>		Número <u>1832</u>	Complemento
Bairro <u>Bienópolis</u>	Cidade <u>Bom Jesus</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309-209</u>
Email <u>ILOIRRR@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(95)99154-2282</u>

Bom Jesus - RR de _____ de 2019
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

15 JUL. 2019



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopedia

Tipo Cirurgia:

Antecessintu de tornozelo direito

Data: 21 / 03 / 18

Nº. DO PRONTUÁRIO: _____

Paciente: Laura Solomão de Souza

Idade 48

Bloco: (D) Enfermaria 402 Leito: 1

Caixa: Pequenos fragmentos

Nº _____

Circulante: Ademilton + Printiane

Sala 04

Conferência Expurgo CME: _____

Material Utilizado:

1. Placa de 3 furos

Para furo central 03.5

- 30 - 1

- 22 - 1

Parafuso exponção 04.0

- 35 - 1

- 40 - 1

Patrick Rabelo José
Ortopedista e Traumatologista
CRM/RR 1383-RQE 184

Médico Responsável

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME

15 JUL. 2019

402 - 1



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Laura Salomão Da Sousa, 48 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 12, 08, 18, COM
DIAGNÓSTICO DE fratura do Corongelo (D)
NO DIA 21 08 18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
fratura Corongelo Direita SENDO
OPERADO PELO DR. Alberto E DR. Patrick
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 22, 08, 18, ÀS 12,00hs, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 23, 08, 18, ÀS 14,00hs, COM O
DR. Amadeu

ORIENTAÇÕES GERAIS :

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Amadeu

BOA VISTA, 22 08 18

Dr. Odimachi
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1981/RR

MÉDICO
15 JUL. 2019

 SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		4 - CNES
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
5 - NOME DO PACIENTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF
16 - CEP		
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)		
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO		
21 - CID 10 PRINCIPAL		
22 - CID 10 SECUNDÁRIO		
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE	31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		
33 - ACIDENTE DE TRABALHO	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 - CBOE
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR		
45 - DOCUMENTO		
46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		

15 JUL. 2019

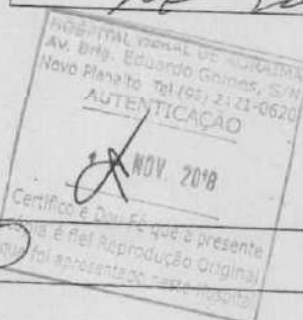
91.8

5828
1799

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO	
Data: <u>21.08.18</u>	O.S. _____

LAURA GARCIA
M. Souza

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:	<u>fx Lx TVE (A)</u>
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:	<u>TTO Cirúrgico</u>
TIPO DE INTERVENÇÃO:	<u>TTO Cirúrgico fx Lx TVE (A)</u>
MEDICAÇÕES E ACIDENTES:	<u>Ø</u>
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:	<u>O mesmo</u>

CIRURGIÃO:	<u>Dr. Alberto</u>	1º AUXILIAR:	<u>Dr. Patrick</u>
2º AUXILIAR:	<u>Dr. Eduardo R3</u>	INSTRUMENTADORA:	_____
3º AUXILIAR:	<u>Dr. Marcos R2</u>	ANESTESIA:	_____
ANESTESISTAS:	_____	ANESTÉSICO:	_____
INÍCIO:	_____	FIM:	_____
		DURAÇÃO:	_____

RELATÓRIO CIRURGICO	
① Paciente em sala 5013 anestesiado. ② Antissepsia + limpeza ③ incisão lateral no TVE (A), remover + fixar o placa tendo como os pontos + incisão para remover + fixar o mesmo no TVE (A) do paciente expondo o TVE (A) interstício. ④ Inc + placa hemostática ⑤ Sutura por planos ⑥ Curativo.	
15 JUL. 2019	

Dr. Alberto
Medico Ortopedista e Traumatologista
CRM 10.777
Título Especialista TEST - 12603Patrick Rabelo José
Ortopedista e Traumatologista
CRM/RR 1383-RQE 164



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

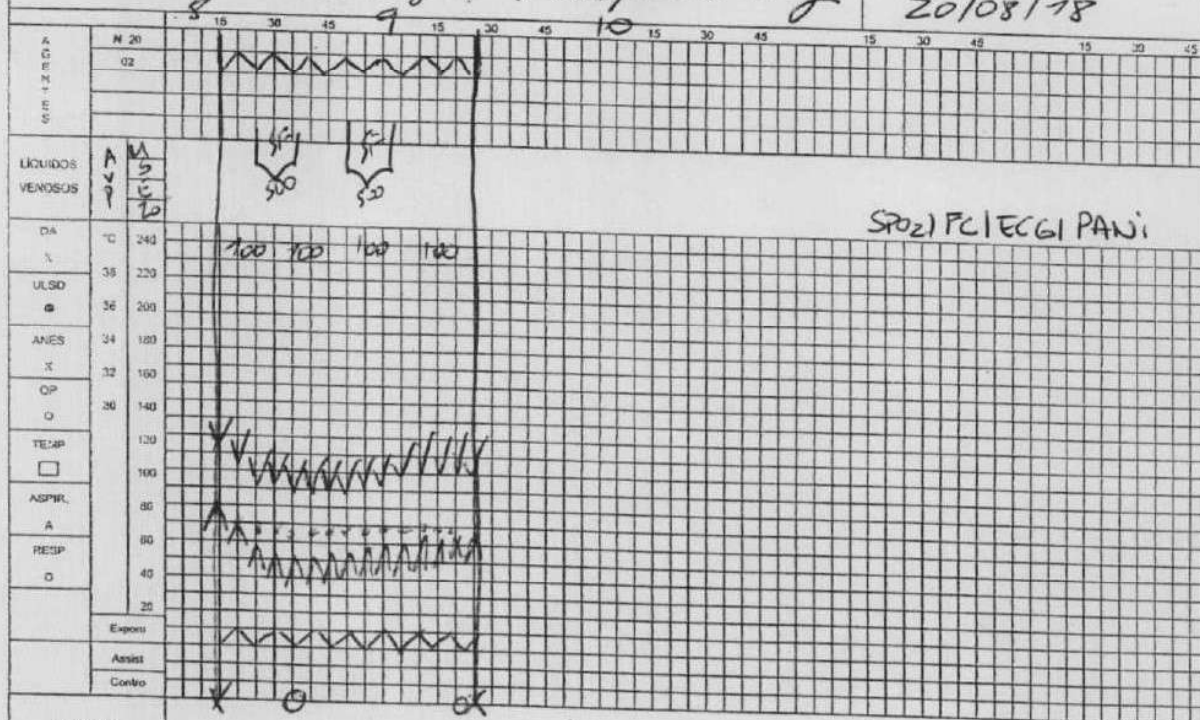
FICHA DE ANESTESIA

Laura Salomão de Souza - 48 anos - P2

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Fentanil 100mcg + Midazolam 5mg

Nº *Bac Visto.*
20/08/18



SpO2 PC/ECG/PA/NI

SÍMBOLOS		ASA		A0 B2	
AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES		
<i>A</i>	<i>Bupivacaína 10mg</i>	<i>Região anestesia</i>	<i>* Monitorar JVP + Choc. Apneustico</i>		
<i>B</i>	<i>Cefalotina 2g</i>	<i>Lombos Anestesia</i>	<i>1) Pré oxigênio 20 O2 100%</i>		
<i>C</i>	<i>Letipropeno 100mg</i>	<i>medicação simples</i>	<i>2) Assepsia região lombos</i>		
<i>D</i>	<i>Ondaxona 8mg</i>	<i>Sob vent. espontânea</i>	<i>3) Punção subaracnóide</i>		
<i>E</i>			<i>L3-L4, agulha 26G, LCR claro</i>		
<i>F</i>			<i>4) Cefalotina 2g</i>		
<i>G</i>			<i>5) Letipropeno 100mg</i>		
GLICOSE	LÍQUIDOS	Címbula - Naso / Oro Faríngea	<i>6) Ondaxona</i>		
NOÇO		Naso / Otorrinolaringo - Cego			
SANGUE		Bul - Tamp - Calibre do Tubo			
	<i>SF 0,9% 1000ml</i>	Sob Máscara			
		Dificuldade Técnica	<i>não houve.</i>		
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA			
Osteosíntese fratura luxação tornozelo			Laringo - Espasmo - Excesso Secre Depressão Respiratória - Hipoxia "Bucking" - Vômito		
ANESTESIA <i>Dr. Tábion</i>			Hemorragia - Arritmia Braditardia - Choque		
CÓDIGO			PERDA SANGÜÍNEA		
CIRURGIÃO <i>Dr. Alberto Pacheco</i>					

Alberto F. M. Herrera
Médico-Anestesiologista
CRM 307/RR

15 JUL. 2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		48a	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Laura Salomão de Sousa		402-3			21 10/2019
TIPO			CIRURGIA		
Osteossintese de tornozelo @			TEMPO DE DURAÇÃO		
			INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
			08:30	9:15	
CIRURGIÃO			EQUIPE MÉDICA		
Dr. Alberto / Patrick			ANESTESISTA: Dr. Fabion		
1º AUXILIAR			RES. ANESTESIA: Dr. Marcos (R.)		
Dr. Helder (R3)			INSTRUMENTADOR		
2º AUXILIAR			CIRCULANTE		
Dr. Marcos (R.)			Adnilton + Prisciane		
TIPO DE ANESTESIA: raquel			TEMPO DE DURAÇÃO: 08:15 am		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VAL
☐	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		L	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
☐	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5		I	FIO VICRYL Nº 2.0	
	LUVA ESTERIL 8.0		L	FIO MONONYLON Nº 3.0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
☐	LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
I	LÂMINA BISTURIN Nº 15			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
I	DRENO DE PENTROSEN <i>cateter IV</i>			FIO SEDA Nº	
I	SERINGA 01ML			SURGICEL	
I	SERINGA 03ML			GLA PESSO <i>exova digermont</i>	
I	SERINGA 05 ML		L	KLECATAR <i>enpacodrope</i>	
L	SERINGA 10ML		± 10cm	GLA PESSO <i>digermont</i>	
L	SERINGA 20ML		± 100ml	GLA PESSO <i>eleuxidine</i>	
L	<i>alitrader</i>		± 100ml	OUTROS: <i>oleal 40%</i>	
I	<i>cateter o2</i>		SD	<i>mascara + Tabela + paquí pro</i>	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
		<i>Diene Sullen</i>	SUB- TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
		<i>Adenitor cristiane</i>	TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

15 JUL. 2019

402-1 m

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HGR	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	LAURA SALOMÃO DE SOUZA.				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO TÍZ @				
ALERGIAS	NEGA.	HAS		DM2	
IDADE	48	LEITO		DATA	21/08/19
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				PROS RPIA - GUA P/ ORT
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				- m
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				SUSPENSÃO.
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				- 12:00
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				- 12:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				- 5h
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				- 5h
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				- 5h
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				- 5h
10	SSVV + CCGG 6/6 H				- 5h
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				- 5h
14	CURATIVO DIÁRIO				- m
15	Ceftriaxona 1g IV 8/8hs.				- 12:00
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

13:00 às 14:00h
Administrado Medicamento de Dorado, realizado Integ. Segue des. para de infus.
Silvana Teixeira Feit
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 417874-AU

19:00 às 20:00h
e eufido ssvv, segue cuidados da enfermeira

okhs	112/72	88	18	36,8
SINAIS VITAIS	PA	P	R	T
6 H				
12 H	130/70	88	18	36,8
18 H	133x89	91	18	NTA
24 H	139/132	79	18	36,4

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Loedi C. Messchi
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 527801

Pac encaminhada p/ cirurgia, retornou as 9:55
consciente, em POS de tornozelo. Realizado dextro
resultado 293 mg/dl adm. 4 UN de insulina regular qn

402
1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA																														
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA																														
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																														
PRESCRIÇÃO MÉDICA																														
DATA DE ADMISSÃO		12/08/2018	DIH	DN	12/01/1970																									
PACIENTE LAURA SALOMAO DE SOUZA																														
AGNÓSTICO FRATURA TORNOZELO DIREITO																														
ALERGIAS																														
IDADE	48	HAS	DM2																											
LEITO	402-1	DATA	22/08/2018																											
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO																									
1	DIETA ORAL PARA DIABETES																													
2	AVP																													
4	CEFTAZIDIMA 1G EV 8/8HRS																													
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				14 22 06																									
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				S/N																									
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				S/N																									
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				S/N																									
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG																													
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				S/N																									
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O				6																									
14	SSVV + CCGG 6/6 H				PROTINA																									
15	CURATIVO DIÁRIO																													
16	INSULINA NPH SC 20U SC ANTES CAFE, 15U SC ANTES ALMOÇO, 10U SC AO 22HRS.				11:00 7																									
17	INSULINA REGULAR 4U ANTES CAFE, 6U ANTES ALMOÇO, 4U ANTES JANTAR				11:00 7																									
18	DEXTRO 6/6HRS																													
19																														
20																														
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI ; 251-300: 4UI ; 301-350: 6UI ; 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA																														
EVOLUÇÃO MÉDICA:																														
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES																														
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.																														
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:																														
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO																														
 Dr. Odinachi Okemiri Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM: 186178/R																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th colspan="2">SINAIS VITAIS</th><th></th><th></th><th></th></tr><tr><th>6 H</th><th>PA</th><th>FC</th><th>FR</th><th></th></tr></thead><tbody><tr><td>12 H</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>18 H</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>24 H</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>						SINAIS VITAIS					6 H	PA	FC	FR		12 H					18 H					24 H				
SINAIS VITAIS																														
6 H	PA	FC	FR																											
12 H																														
18 H																														
24 H																														

* Retirado SOD!
AR

AR

ANTES DA INDUÇÃO-ANESTÉSICA

Nome: Leandro Solano de Souza Uga
Responsável: Intérprete Dr. Alberto / Dr. Polício
Dr. Mádida (R3) / Dr. Mádida (R4)

ENTRADA: (Sala Pré-Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

☒ Identificação
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento
Consentimento ☒ Sim () Não

RISCO CIRÚRGICO

☒ Aplica () Não se Aplica

RISCO DE M. RACADO

☒ Sim () Não () Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA
CONCLUIR:

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM
FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☒ Não () Sim, Qual:

ALTA AEREA DIFÍCIL, RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não

☒ Sim, e equipamento/medicamento disponível

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☒ Não

☒ Sim, e uso adequado de equipamento
Anestésico disponível
CPR: 100%

Data: 1/1/2019 Assinatura: Dr. Marcos Ribeiro de Araújo
Hora: 10h

ANTES DA INCISÃO

Anestesia: Dr. Fabiano / Dr. Mádida (R4)

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA
EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E
FUNÇÃO: ☒ Sim () Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO
CONFIRMARAM VERBALMENTE:

☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:
Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da
operação e perda sanguínea prevista.

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI
REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☒ Não se aplica
☒ Sim,
Qual: _____ Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.
☒ Sim
☒ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE
OPERAÇÕES

SAIDA (Sala Pós-Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO
REGISTRADO
☒ Sim () Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS
CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS
ESTÃO CORRETAS
☒ Sim () Não () Não se Aplicam

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA
PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA
(INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
☒ Sim () Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
PARA SER RESOLVIDO
☒ Sim () Não

em condições
☒ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A
EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM
PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A
RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE
☒ Sim () Não () Não se Aplica

Oficina Cirúrgica de Manuseio
Enfermeira
COREN-RR 79.181
Assinatura e Carimbo

402-2 LEITO 02

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA				HGR Hospital Geral de Roraima
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN			
PACIENTE	Louro Seus					
DIAGNÓSTICO						
ALERGIAS						
IDADE	HAS	NEGA	DM2	NEGA		
ITEM	LEITO		DATA	12-08-16		
PRESCRIÇÃO			HORÁRIO			
1	DIETA ORAL LIVRE					
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia			SND		
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			18		
4	TILATIL 20mg 12/12hs			SUSPENSO		
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N			18:00		
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			S/N		
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			18		
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS			S/N		
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			22:00		
10	SSV + CCGG 6/6 H			S/N		
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG			10 f. dia		
14	CURATIVO DIÁRIO			Alm. ch		
15				M		
16						
17						
18						
19						
20						
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA						
EVOLUÇÃO MÉDICA:						
bloco para programação cirúrgica						

bloco F

NIR
Regulado
para leito
L-02
Regulação Interna

SINAIS VITAIS	PA	Fc	TX	R
6 H	130x87	91	35	20
12 H				
18 H	133x84	89	36.1°C	
24 H	155x92	87	35.7	

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Diurese às 18:00 -> 400ml
Diurese às 24:00 -> 450 ml/h
Diurese às 06:00 -> 750 ml/h

402-2 LT 02

F-02



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima



HCR
Hospital Geral de Roraima

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

Liana de Souza

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

IDADE

HAS

NEGA

DM2

NEGA

LEITO

DATA

13/8/18

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia

3

CEFALOTINA 1G EV 6/6H

(susp)

4

TILATIL 20mg 12/12hs

5

DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N

6

TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA

7

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

8

RANITIDINA 50MG EV 8/8HS

9

SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)

10

SSVV + CCGG 6/6 H

12

CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG

14

CURATIVO DIARIO

15

16

17

18

19

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESQUEMA: 290-250: 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

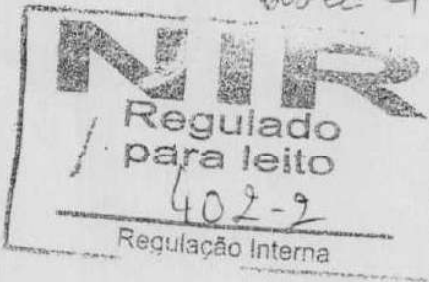
EVOLUÇÃO MÉDICA:

bloco para programação cirúrgica

1710h PA-132x93

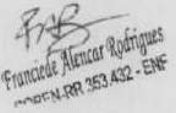
P=100

T=36.2°



NIR
Regulado
para leito
402-2
Regulação Interna

035: Paciente admitido
em 18:00 procedido
do bloco F, em cond.
de rotina. An.
ambiente. Consulta
ambulatorial.



Francisco Alencar Rodrigues
CRM-RR 353.432 - ENF

SINAIS VITAIS				
6 H	113x72	84	36.5	-
12 H	126x98	94	36.4	-
18 H				
24 H	107x68	98	36.6	-

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

402-2



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



DATA DE ADMISSÃO		12/08/2018	DIH	DN	12/01/1970
PACIENTE LAURA SALOMAO DE SOUZA					
AGNÓSTICO FRATURA TORNOZELO DIREITO					
ALERGIAS					
IDADE	48	HAS	DM2		
LEITO	402-2	DATA	14/08/2018		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				SND
4	CEFTAZIDIMA 1G EV 12/12HRS				10
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				
15	CURATIVO DIÁRIO				
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	120/80	-	-	36,7
18 H	120/80	100	-	-
24 H	123/80	98	20	36,6

Dr. Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

06 116/84 94 19 36 18:30 min

Realizado troca de
aceno venoso perfu-
são filio (201, M.S.E.
tec. familiar
com: 776-767

15/08/18
15.40
cedido

402-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	12/08/2018	DIH		DN	12/01/1970
PACIENTE	LAURA SALOMAO DE SOUZA				
AGNÓSTICO	FRATURA TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS					
IDADE	48	HAS		DM2	
		LEITO	402-2	DATA	15/08/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	AVP				
4	CEFTAZIDIMA 1G EV 12/12HRS				manhã
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				10
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				16
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				
15	CURATIVO DIÁRIO				
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 <u>OU</u> GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

- # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
- # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
- # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
- # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	130/76	105	20	36,1°
18 H	140/70	98	19	36
24 H	120/86	75		36,1°

Dr Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	12/08/2018	DIH		DN	12/01/1970
PACIENTE	LAURA SALOMAO DE SOUZA				
AGNÓSTICO	FRATURA TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS					
IDADE	48	HAS		DM2	
LEITO	402-2	DATA	16/08/2018		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETES				
2	AVP				
4	CEFTAZIDIMA 1G EV 12/12HRS				
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				
15	CURATIVO DIÁRIO				
16	INSULINA NPH SC 20U SC ANTES CAFÉ, 15U SC ANTES ALMOÇO, 10U SC AO 22HRS.				
17	INSULINA REGULAR 4U ANTES CAFÉ, 6U ANTES ALMOÇO, 4U ANTES JANTAR				
18	DEXTRO 6/6HRS				
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	130/80	88	—	35,9°
18 H	121/71	87	—	36,6°
24 H	120/70	70	—	36,6°

termometria

obs As 06 horas fute 4u de insulina regular conforme esquema.

Dr. Odinaichi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRP: 1861/RR

Dr Odinaichi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA Serviço de Ortopedia e Traumatologia PRESCRIÇÃO MÉDICA						 	
DATA DE ADMISSÃO		12/08/2018		DIH	DN		12/01/1970
PACIENTE LAURA SALOMAO DE SOUZA							
AGNÓSTICO FRATURA TORNOZELO DIREITO							
ALERGIAS							
IDADE	48	HAS	LEITO	402-2	DM2	DATA	
ITEM		PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETES						
2	AVP						
4	CEFTAZIDIMA 1G EV 12/12HRS						
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N						
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N						
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N						
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA						
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N						
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O						
14	SSVV + CCGG 6/6 H						
15	CURATIVO DIÁRIO						
16	INSULINA NPH SC 20U SC ANTES CAFE, 15U SC ANTES ALMOÇO, 10U SC AO 22HRS.						
17	INSULINA REGULAR 4U ANTES CAFE, 6U ANTES ALMOÇO, 4U ANTES JANTAR						
18	DEXTRO 6/6HRS → 11 L 343 J7 (1114 mgde)						
19							
20							
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							
EVOLUÇÃO MÉDICA:							
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES # EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA : # PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO							
PA: 132x78 P: 80 SINAIS VITAIS							
6 H	PA	FC	FR				
12 H	116/82	86	19	MTT			
18 H	130x82	84	19				
24 H	126x83	80					
Dr Odinachi Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia							

Dextro 11 L 343
174 Hrs - Dextro - 434 mgde

174 Hrs Dextro
11200

→

402.2

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
		PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		12/08/2018		DIH			
PACIENTE		LAURA SALOMAO DE SOUZA		DN		12/01/1970	
AGNÓSTICO		FRATURA TORNOZELO DIREITO					
ALERGIAS		HAS					
IDADE		48		LEITO		402-2	
ITEM				DATA		18/08/2018	
		PRESCRIÇÃO				HORÁRIO	
1	DIETA ORAL PARA DIABETES						SND
2	AVP						
4	CEFTAZIDIMA 1G EV 12/12HRS						Mantido
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N						10/17/18
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N						SN
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N						SN
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA						SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						SN
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N						SN
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O						SN
14	SSVV + CCGG 6/6 H						06
15	CURATIVO DIÁRIO						Retirado
16	INSULINA NPH SC 20U SC ANTES CAFE, 15U SC ANTES ALMOÇO, 10U SC AO 22HRS.						11/12/18
17	INSULINA REGULAR 4U ANTES CAFE, 6U ANTES ALMOÇO, 4U ANTES JANTAR						11/17/18
18	DEXTRO 6/6HRS PACT TEM APARELHO						11/17/18
19	17/1436mg/dl						11/17/18
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							23/40/18

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	Dextro
12 H	110/70	76	19	436mg/dl
18 H	122/81	82	20	436mg/dl
24 H	DEFICIT DE PROF 170			

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1881/RN

Dr. Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

19:00 Realizadas CCGG e SSVV,
adim as medicações qm. pto

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
GOVERNO DE RORAIMA				HGR		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		12/08/2018		DIH		DN 12/01/1970	
PACIENTE LAURA SALOMAO DE SOUZA							
AGNÓSTICO FRATURA TORNOZELO DIREITO							
ALERGIAS							
IDADE 48		HAS		DM2			
LEITO 482-2		DATA 19/08/2018					
ITEM	PRESCRIÇÃO						HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETES						SND
2	AVP						
4	CEFTAZIDIMA 1G EV 8/8HRS						
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N						
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N						
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N						
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA						
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N						
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O						
14	SSVV + CCGG 6/6 H						
15	CURATIVO DIÁRIO						
16	INSULINA NPH SC 20U SC ANTES CAFE, 15U SC ANTES ALMOÇO, 10U SC AO 22HRS.						
17	INSULINA REGULAR 4U ANTES CAFÉ, 6U ANTES ALMOÇO, 4U ANTES JANTAR						
18	DEXTRO 6/6HRS						
19							
20							
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							

EVOLUÇÃO MÉDICA:

- # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
- # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
- # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
- # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS			
6 H	113 RA 72	FC 74	FR 14
12 H	130 RA 81	91	36°C
18 H	136 RA 75	84	-
24 H	100 x 60	80	14 36°C

DEXTRO: 22:00h -

06:00h - 200mg/dl

Obs: Aparente e pta com a paciente.

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 18541RR

Dr. Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

Edmilson Fernandes Sousa
COREN/RR 667.808 - TE

As 11:15h
Dext = 22.
As 17:15h
Dext. 230mg
Edmilson F. de S. Souza
COREN/RR 450.542 - TE

402.1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA	
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				HGR	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		12/08/2018	DIH	DN	12/01/1970
PACIENTE LAURA SALOMAO DE SOUZA					
AGNÓSTICO FRATURA TORNOZELO DIREITO 402-1					
ALERGIAS					
IDADE	48	HAS		DM2	
LEITO				DATA	20/08/2018
PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETES				
2	AVP				
4	CEFTAZIDIMA 1G EV 8/8HRS				
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				
15	CURATIVO DIÁRIO				
16	INSULINA NPH SC 20U SC ANTES CAFE, 15U SC ANTES ALMOÇO, 10U SC AO 22HRS.				
17	INSULINA REGULAR 4U ANTES CAFE, 6U ANTES ALMOÇO, 4U ANTES JANTAR				
18	DEXTRO 6/6HRS				
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

- # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
- # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
- # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
- # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1651/RN

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	150x70	79	20	36,5
18 H	120/70	79	20	36,5
24 H	126/82	81	20	36,3

Dr. Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e Traumatologia

24-adm. 8und
de Ins. Reg. e pm

(13 às 19 hs - Adm. med. de horário,
Aferido P.A., não → verso →

CG - PO - 135/78 P=75 T=37°C dextro -

200mgdl

Marcelo Antonio Cor
de Enfermagem
24



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



402-1

DATA DE ADMISSÃO	12/08/2018	DIH	DN	12/01/1970
PACIENTE	LAURA SALOMAO DE SOUZA			
AGNOSTIC	FRATURA TORNOZELO DIREITO			
ALERGIAS				
IDADE	48	HAS	DM2	
LEITO	402-1	DATA	21/08/2018	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETES			
2	AVP			
4	CEFTAZIDIMA 1G EV 8/8HRS			
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N			
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N			
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O			
14	SSVV + CCGG 6/6 H			
15	CURATIVO DIÁRIO			
16	INSULINA NPH SC 20U SC ANTES CAFE, 15U SC ANTES ALMOÇO, 10U SC AO 22HRS.			
17	INSULINA REGULAR 4U ANTES CAFÉ, 6U ANTES ALMOÇO, 4U ANTES JANTAR.			
18	DEXTRO 6/6HRS			
19				
20				
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
#EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA;
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 195.178

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	130/70	88	18	36°C
18 H				
24 H				

Dr. Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

Ortopedia 12-08-18

Pont. rel. vult de ~~de~~ co
da em TNZ (D)

Ae Exame: idem em TNZ (D)

Ae Rx: Fratura de TNZ (D)

CD: - Tala both
- Intensão

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedia e Traumatologia
CRM / RR 1615



23 MAIO 2019

BLOCO D

D



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Ponte com fratura de T12 @

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TTO Lúgias

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

EF + Rx

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fx T12 @

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0308010019
5828 T068
V299

23 MAIO 2019

Proveio DPVAT | Busca avançada X Seguradora Lider-DPVAT Acompanh X

← → ↻ seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo

Documentos Morte
Dicas Indispensáveis

PAGUE SEGURO

Como Pagar
Consulta a Pagamentos Efetuados

ACOMPANHE O PROCESSO

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

SINISTRO 3190429977 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LAURA SALOMAO DE SOUZA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CN
CORRETORA DE SEGUROS E SERVIÇOS EIRELI - Matriz
BENEFICIÁRIO LAURA SALOMAO DE SOUZA
CPF/CNPJ: 65340221253

Posição em 06-09-2019 09:10:52
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
26/08/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
17/07/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	

Ativar o Windows
Ver as Configurações de

EU: Laura Salomão de Souza
PROFISSÃO: agricultora ESTADO CIVIL: casada
RG: Nº. 173243 SSP/____ CPF/MF Nº. 653.402.212-53
E-MAIL: Valamarsalomaa1@gmail.com
TELEFONE: 195199150-8930 / 199170-4242
ENDEREÇO: Rua C Nº. 176
BAIRRO: cidade satélite CEP: 69.317-584

situado no Município de _____, pelo presente instrumento
procuratório, nomeia e constitui, como seus procuradores, **REINALDO FÉLIX DA SILVA**,
brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RR sob o nº. 2171, com endereço na Rua
flamboian nº 314, Bairro Jardim Primavera, Boa Vista/RR, situado no Município de Boa
Vista/RR, a quem confere amplos poderes para o foro em geral com cláusula *ad judicium*, em
qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações
competentes e defender nas contrárias até final decisão, usando dos recursos legais e
acompanhando-os, conferindo-lhes ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir,
firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, exceto receber citação, junto a
quaisquer repartições do Poder Público, realizar levantamento de Alvarás Judiciais, podendo
ainda substabelecer esta procuração para outrem, com ou sem reserva de iguais poderes,
dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, 24 de Setembro de 2019.

Laura Salomão de Souza
Outorgante

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

OUTORGANTE: Laura Salomão de Souza
ESTADO CIVIL: casada PROFISSÃO agricultora
RG nº. 173243
CPF/MF nº. 653.402.212-53
ENDEREÇO: Rua: C Nº 176
Bairro: cidade satélite

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, 24 / setembro de 2019.

Laura Salomão de Souza



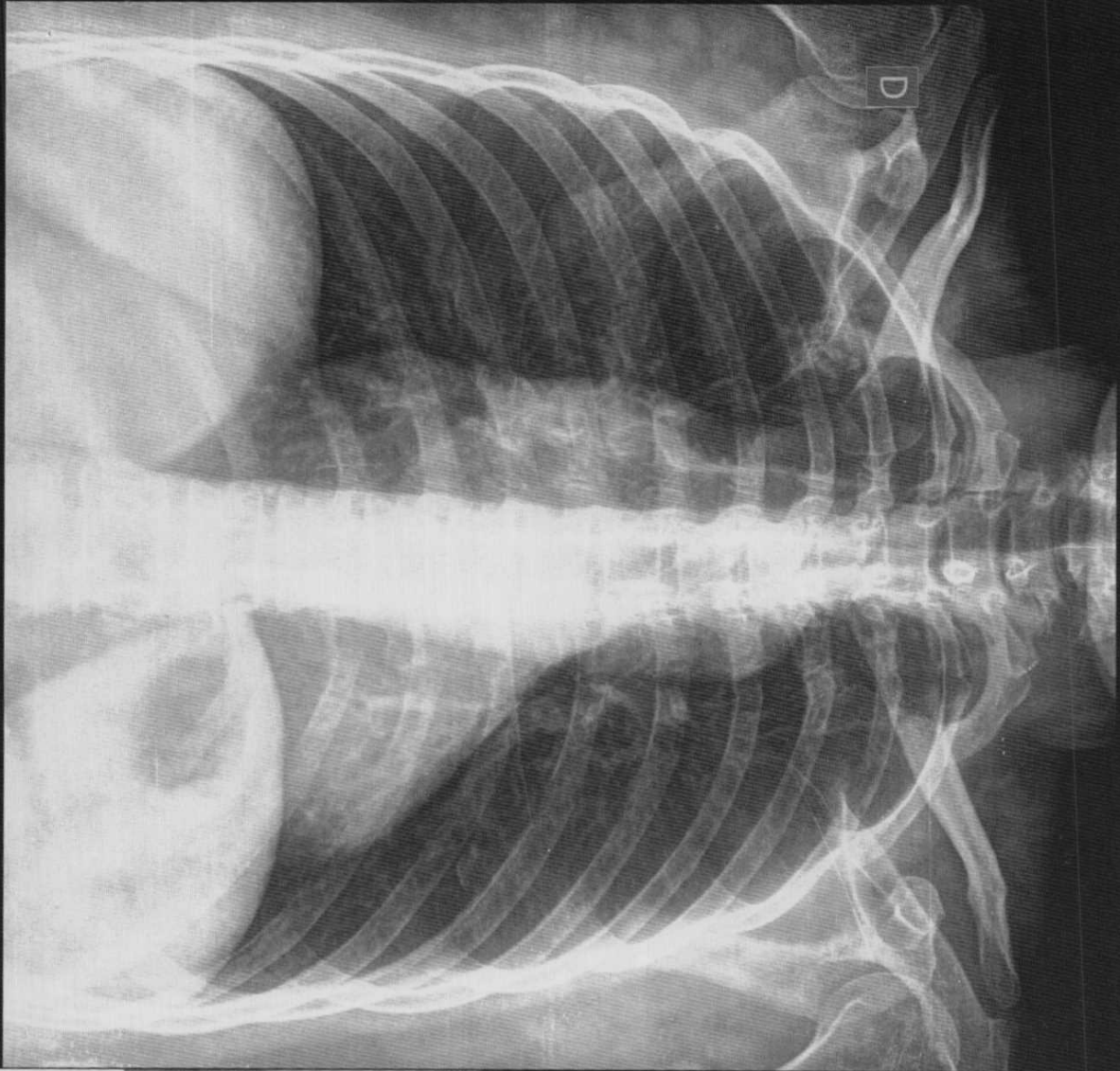
53,9 % 12/8/2018 12:34:36



53,7 % 12/8/2018 12:34:36

, LAURA SALOMAO DE SOUSA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



43,4 %

, LAURA SALOMAO DE SOUZA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

14/8/2018 22:15:45

TRASTIAO



35,3 %

14/8/2018 22:15:45



12/8/2018 14:30:50

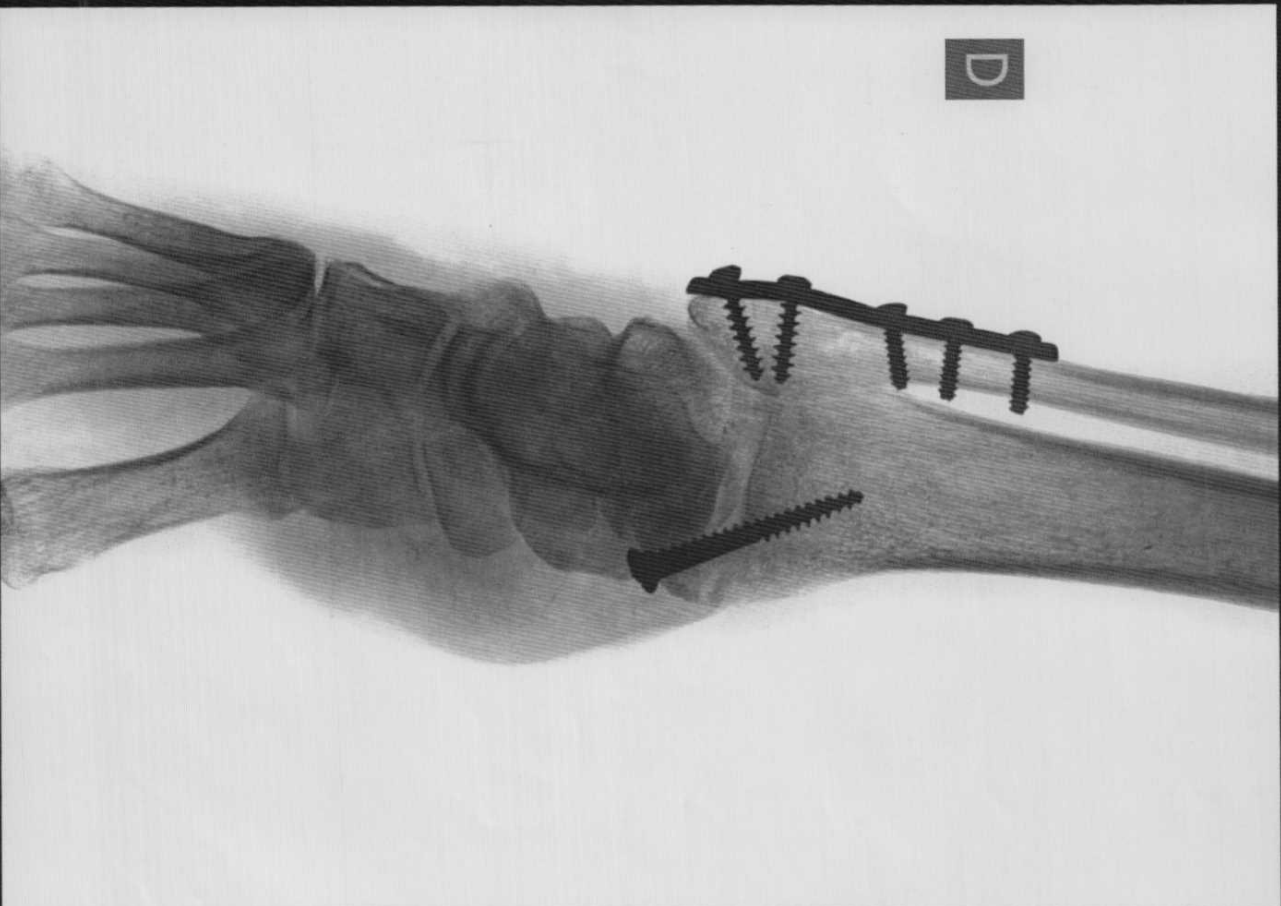
55,5 %

12/8/2018 14:30:50

44,0 %

, LAURA SALOMAO DE SOUZA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



71,3 %

21/8/2018 20:46:00

, LAURA S. DE SOUSA

HGR/BLC. D 402-01

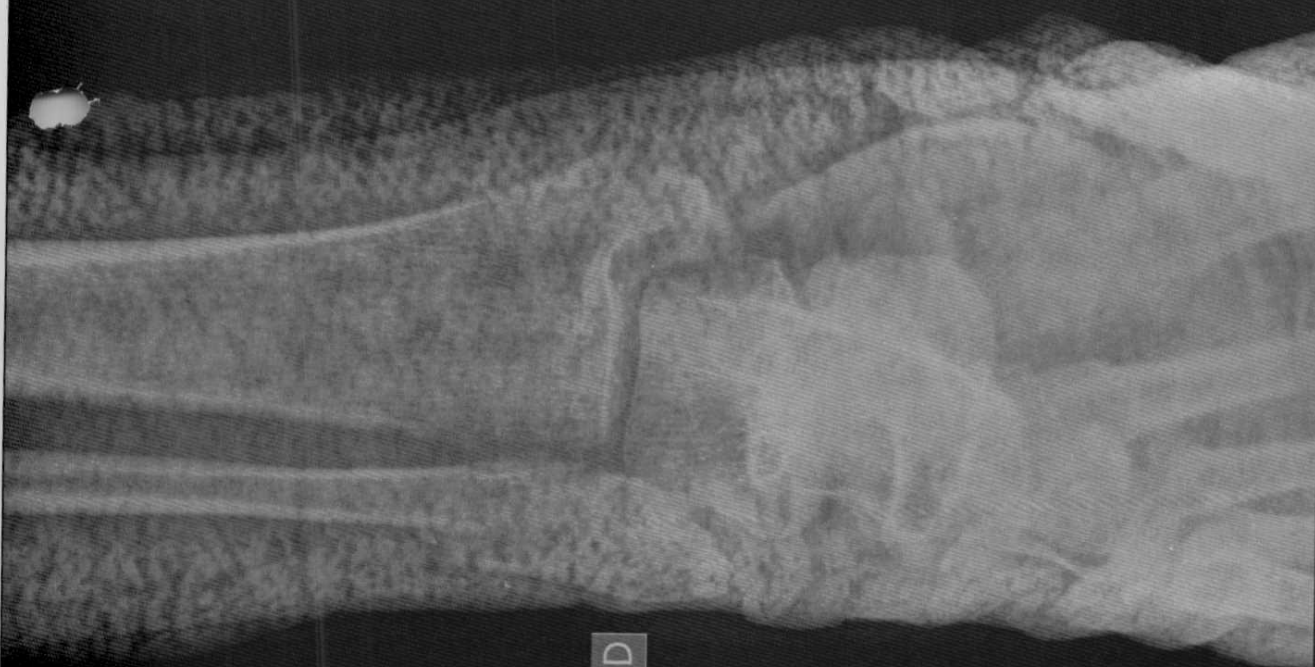
77,1 %

21/8/2018 20:46:00



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

ORTOPEDIA



D

, LAURA SALOMAO DE SOUSA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



42.6 %
12/9/2018 14:30:50
LAURA SALOMAO DE SOUZA
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

44.0 %
12/9/2018 14:30:50

54.3 %
12/9/2018 14:30:50



D

21/8/2018 20:46:00

77.1%

21/8/2018 20:46:00

71.3%

HGR/BLC. D 402-01

, LAURA S. DE SOUSA

ORTOPEDIA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ivanildo de Albuquerque Carneiro,
RG nº 209965, data de expedição 17 / 07 / 2018,
Órgão SSP-RR, portador do CPF nº 841.876.112-15, com
domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) _____
Rua da Piscicultura, nº 151,
Bairro: Piscicultura, declaro, sob as penas da Lei, que o
veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Laura Salomão de Souza,
cujo o condutor era Ivanildo de Albuquerque Carneiro.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA/NXR150 BROS ES

Ano: 2013

Placa: NAP8847

Chassi: 9C2K005500R217348

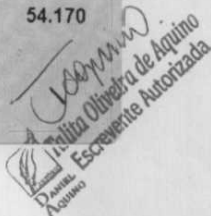
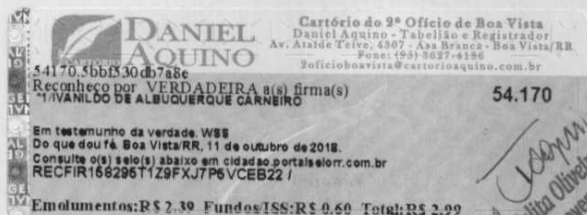
Data do Acidente: 12/08/2018

Local e Data: Boa Vista/RR, 11 / 10 / 2018.

IVANILDO ALBUQUERQUE CARNEIRO

Assinatura do Declarante

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



15 JUL. 2019

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETRAN - RR	Nº 011550096537
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO	
VIA 01	COD RENAVAM 00549047891
40340230160	
NOME/ENDERECO IVANILDO DE ALBUQUERQUE CARNEIRO R DA PISCICULTURA PISCICULTURA Nro:151 BOA VISTA-RR 69314002	
CORE/CNPJ 841.876.112-15	PLACA NAP8847
NOME ANTERIOR ELIZA DE SOUZA GOIANA	
PLACA ANT/UF NAP8847 RR	CHASSI 9C2KD0550DR217348
ESPECIE TIPO FAS/MOTOCICLET/NAO APLIC.	COMBUSTIVEL ALCO/GASOL
MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS ES	ANO FAB 2013
ANO MOD 2013	COR PREDOMINANTE PRETA
CAP/POT/CIL 2F/0149CC/	CATEGORIA Particula
SERVAÇOES SEM RESERVA	
0 OCID * L	
BOA VISTA-RR	
LOCAL BOA VISTA-RR	DATA 26/04/2016