





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NAME: DENILZE CORREIA DANTAS

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR/RF: 3142655 SSP RR

CPF: 792.657.152-00 DATA NASCIMENTO: 08/03/1979

FUNÇÃO: JOSE DE SOUZA CORREIA

EVANGELINA LOBATO DA SILVA

PERNAMBUCO ABC CAT/IAS II

Nº REGISTRO: 94953412311 VENCIMENTO: 28/08/2012 VENCIMENTO: 31/05/2010

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

905314502

OBSERVAÇÕES:

Denilze Lomia Dantas
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO: 25/08/2014

905314502

*Anderson Dantas Sandes
Diretor - Presidente
DETAN RR*
ASSINATURA DO DIRETOR

DETAN RR (RORAIMA)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 AGO 2019

CENTE SEGURADORA SIA
Av. Cidade Jardim Bela Vista, 484 - Boa Vista -

DETTRAN

DETAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013746387182

VIA COD. RENAVAM RNTRC EXERCÍCIO
01 00380592414 2017

GABRIEL WISLEY DOS SANTOS CAMPOS

CPF/CNPJ

538.233.032-87

PLACA

NAP4059

PLACA ANT/UF

CHASSI

YC2KC1680CR412858

ESPECIE TIPO

P/S/MOTOCICLETA/N.º APLIC.

COMBUSTIVEL

ALCOOL/ASC

MARCA/MODELO

HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB

2011

ANO MOD

2012

CAP/POT/CIL

2P/0149CC/

CATEGORIA

PARTICU

CO/H PREDOMINANTE

CINZA

COTA UNICA

VENC COTA UNICA

VENC/COTAS

I *PAGO*

PAGO

1º *

P FAIXA IPVA

PARCELAMENTO/COTAS

2º *

V ** PAGO COTA UNICA **

3º *

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)

JOF (R\$)

PRÉMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

R\$0,7

R\$ 185,5

03/08/2017

OBSERVAÇÕES

SEN/RESERVA DE BILHETO * PROIB SAIR DA A
MAZ OCID 00016589510RR *

DETAN-RR

LOCAL

DATA

BOA VISTA-RR

11/12/2017

DETTRAN

VAL2

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0296420/19

Vítima: PALOMA CARIOLANDO DE LIMA

CPF: 028.908.022-30

Im. Válida
Data do acidente: 07/05/2019

Titular do CPF: PALOMA CARIOLANDO DE LIMA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

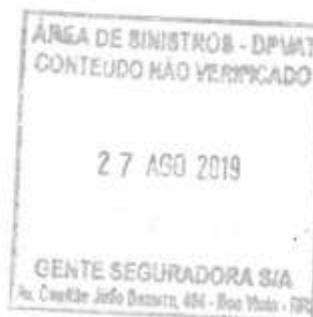
Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

PALOMA CARIOLANDO DE LIMA : 028.908.022-30

Autorização de pagamento
Comprovante de residência



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/08/2019
Nome: DENILZE CORREA DANTAS
CPF: 792.657.152-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/08/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

DENILZE CORREA DANTAS

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190503105 Cidade: Boa Vista Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: PALOMA CARIOLANDO DE LIMA Data do acidente: 07/05/2019 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/08/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA BIMALEOLAR DO TORNOZELO ESQUERDO,
FRATURA DO 3º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO TORNOZELO COM PARAFUSOS E DO DEDO DO PÉ COM FIOS DE KIRSCHNER, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO E DO 3º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO E DO 3º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: DOC PÁG. 02 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 04 //

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190503105 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PALOMA CARIOLANDO DE LIMA **Data do acidente:** 07/05/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/08/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA BIMALEOLAR DO TORNOZELO ESQUERDO,
FRATURA DO 3º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO TORNOZELO COM PARAFUSOS E DO DEDO DO PÉ COM FIOS DE KIRSCHNER, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO E DO 3º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO E DO 3º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: DOC PÁG. 02 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 04 //

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

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

Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190503105

Vítima: PALOMA CARIOLANDO DE LIMA

Data do Acidente: 07/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PALOMA CARIOLANDO DE LIMA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: PALOMA CARIOLANDO DE LIMA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003027

Conta: 0000064138-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,



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

Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190503105

Vítima: PALOMA CARIOLANDO DE LIMA

Data do Acidente: 07/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PALOMA CARIOLANDO DE LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 028.908.022-30 4 - Nome completo da vítima: Paloma Coriolando de Lima

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

5 - Nome completo: Paloma Coriolando de Lima 6 - CPF: 028.908.022-30
 7 - Profissão: dona de casa 8 - Endereço: Rua Silveira
 9 - Número: 62 10 - Complemento: Casa
 11 - Bairro: Jockey Clube 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.313.058
 15 - E-mail: mdrboavista.pendente@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (65) 3411-5392

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 3027

CONTA: 64138

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

22 - 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 atende 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.

27 AGO 2019

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 Lider 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

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? Sim 30 - Vítima deixou Sim 31 - Vítima teve irmãos? Sim 32 - Se tinha irmãos, informar teve irmãos? Sim 33 - Vítima deixou Sim
 Vivos: Falecidos: nasceu (vai nascer)? Não Vivos: Falecidos: pais/avós vivos? Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

34

Imprégno digital da
Vítima ou
Beneficiário
não identificado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista, RR 15 de Agosto 2019

Paloma Coriolando de Lima

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

27 AGO 2019

INVALIDEZ: 54384

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

Nº: 014079/2019-A02

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora inicio do Registro: 16/08/2019 08:54 Data/Hora Fim: 16/08/2019 09:15
 Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 069123 J Data: 07/05/2019
 Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Aff.: Delegacia de Acidentes de Trânsito
 Data/Hora do Fato: 07/05/2019 07:45

Endereço:

Município: Boa Vista (RR)
 Delegadouro: AV. NOSSA SENHORA DE NAZARÉ
 Complemento: Cruzamento com à Rua Felipe Xaud
 Ponto de Referência: Caldo de cana
 Tipo do Local: Via Pública

Bairro: Asa Branca

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1010: Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)**Nome Civil: GAE RIEL WISLEY DOS SANTOS CAMPOS (VÍTIMA (AUSENTE), ENVOLVIDO (AUSENTE))**

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 26
 Profissão: Serviço

Estado Civil: Sem informação
 Endereço:
 Município: Boa Vista - RR
 Delegadouro: RUA SILVER
 Endro: JOQUEI CLUBE

Nº: 62

Nome Civil: MARIA DAS GRACAS GOMES FEITOSA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: MA - Vitorino Freire Sexo: Feminino Nasc: 11/01/1952
 Profissão: Aprendiz

Estado Civil: Solteiro(a)
 Nome da Mãe: Maria das Graças Gomes Feitosa

Endereço:
 Município: Boa Vista - RR
 Delegadouro: RUA LEÃO
 Endro: CIDADE SATELITE

Nº: 103

Nome Civil: MARIA CAROLANDO DE LIMA (VÍTIMA , COMUNICANTE , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AM - Manaus Sexo: Feminino Nasc: 28/08/1996
 Profissão: Dona de Casa
 Estado Civil: Solteiro(a)
 Escolaridade: Ensino Médio Completo

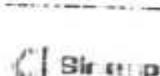
Nome da Mãe: Maria vaneta Ferreira Carolando

Nome do Pai: Jose Correa de Lima

Parentesco:

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 028.906.022-30

Endereço:





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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Presidente Júlio Deodoro, 444 - Boa Vista - RR

Nº: 014071/2019-A02

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Silver
Complemento: Casa
Bairro: Joquei Clube
Telefone: (95) 98122-4724 (Celular)

Nº: 62

Razão Social: POLICIA MILITAR - RR (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Caminhona/Caminhonete
CPF/CNPJ do Proprietário 622.691.782-20	Placa NBA-5175
Renavam 00468633200	Número do Motor 178F301108437 '9
Número do Chassi 9BD135019C2212183	Ano/Modelo Fabricação 2012/2012
Número da Carroceria 79850970	Cor CINZA
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo FIAT/IDEA ATTRACTIVE 1.4	Modelo FIAT/IDEA ATTRACTIVE 1.4
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido, Meio Empregado	

Nome Envolvido	Envolvimento
Maria das Graças Gomes Feitosa	Possuidor

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneira
CPF/CNPJ do Proprietário 538.233.032-87	Placa NAP-4059
Renavam 00380592614	Número do Motor KC16E8C412851
Número do Chassi 9C2KC1680CR412858	Ano/Modelo Fabricação 2012/2012
Cor CINZA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI
Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado

Nome Envolvido	Envolvimento
Gabriel Wisley dos Santos Campos	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O ROP PM comunica um acidente de trânsito envolvendo a Sra. Maria das Graças Gomes Feitosa que dirigia o Veículo Fiat Idea Attractive, de PLACA NBA-5175, ano/modelo 2012/2012, chassi 9BD135019C2212183, RENAVAM 00468633200, o qual se encontra em nome de João Quendido G. Carvalho e o Sr. Gabriel Wisley dos Santos Campos que Pilotava uma Motocicleta PLACA NAP-4059. Que devido ao acidente o Sr. Gabriel e a Sra. Paloma Cariolanci de Lima (passageira da Motocicleta) Sofreram lesão corporal e foram socorridos ao hospital pelo Samu. Era o relato.

A SENHORA PALOMA COMPARECEU NESTA DELEGACIA PARA ADITAR/ACRESCENTAR ALGUNS DADOS NESSE BOLETIM DE OCORRÊNCIA, PARA FINS DE SEGURO DPVAT, O QUE FOI FEITO ACIMA, E N ISSE MOMENTO TAMBÉM SE ABSTÉM DO REIREITO DE REPRESENTAR CRIMINALMENTE, É o aditamento/acr íscimo.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 014079/2019-A02

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia Civil
Mat 042000908

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000903
Responsável pelo Aprendizado

DATAS

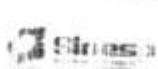
16/08/2019

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

Paloma Cariolando de Lima

Paloma Cariolando de Lima
(Comunicante / Vítima / Envolvido)

"O autor da declaração deixo constar que sou eu (o(a) responsável pelas informações acima esassentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei e faço, conforme o previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



PMRR - BPM

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL SÉRIE J

069123

Vtr	SUCP	Data	S/Sector	H/Transm	H/ini	CH/h	H/Fim
134	1-3111	07.05.19	TESTE	08h08	08h08	07.15	07.15
Cod. Oc	Cod. Prov	Cod. Ser. Prest.		Km/ini		Km/Fim	
101 / 1003	1306 / 13999	13023		129.565		129.513	

Av/Rua:		Bairro:		Ref:
1 F. Andrade		PESSOAS RELACIONADAS		Ref: C102
Endereço: Rua Siqueira 62 - Jóquei Clube		Nome: Gabriel Wesley dos Santos		Idade: 26 E. Civil: Casado
Edt. RG: 267526 SSP/RK		CNH: 05245287173		Profissão: Militar
2 F. Andrade		Nome: Paloma Coriolano de Lima		Idade: 22 E. Civil: Solteiro
Endereço: Rua Siqueira 62 - Jóquei Clube				
Edt. RG: 187586 SSP/RK		CNH: 00000000000		Profissão:
3 F. Andrade		Nome: Maria da Conceição Gomes Furtado		Idade: 67 E. Civil: Viúva
Endereço: Rua Igreja São Vicente, 21 Apto 1-103 - Cidade Satélite				
Edt. RG: 210651351KK		CNH: 00000000000		Profissão:
4		Nome:		Idade: E. Civil:
Endereço: Rua Siqueira 62 - Jóquei Clube		CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		
Edt. RG: 05245287173		CNH: 00000000000		Profissão:
5		Nome: smart		Idade: E. Civil:
Endereço: Siqueira		DATA DE AVAISAGEM DO VASCO		
Edt. RG: 00000000000		CNH: 00000000000		Profissão:
6		Nome: Bruno & Silvia		Idade: E. Civil:
Endereço: Siqueira		DATA DE SEGUROADA MIA		
Edt. RG: 00000000000		CNH: 00000000000		Profissão:

ARMAS, OBJETOS, VALORES, MATERIAIS, APREENDIDOS

POLICIA MILITAR - RR

20

~~CONFIDENTIAL COM ORIGINAL~~

卷之二

Adailson Santos da Silva
Func Civil PMIRR
Mat 44005023

Dennis Vennera

40,955-3

CORRUPTION

A. E. Smith

ASSINATURA

—6910

ANSWER

Postb/Grad



**FOLHA DE ATENDIMENTO
BRAVO I**

UNIDADE:

EQUIPE:

Nº 0768



Paciente: RALONI CANIO LARANJA DE LIMA Idade: 22 Sexo: feminino
 Nacionalidade: Brasileira Raça: Branca [] Negra [] Parda [x] Amarela [] Indígena-Etnia _____
 Endereço: Felipe Xaudr / Nossa Sra. Nazare Bairro ASA BR

Nº 7357 DATA 07/05/2019 HORA J/9: 07:42 BASE () VIA () () RÁDIO
 Médico (a) Regulador (a): Dra Leidiane HORA J/10: 07:48 CELULAR

MOTIVO INICIAL: Carro x motoINÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora

1 a 3 horas ()

4 a 24 horas ()

Mais de 24 horas ()

Não sabe ()

TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito | <input type="checkbox"/> Urgência psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Quelmadura | <input type="checkbox"/> Urgência obstétrica |
| <input type="checkbox"/> Agressão física / esfacelamento | <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio | <input type="checkbox"/> Choque elétrico | <input type="checkbox"/> Transferência |
| <input type="checkbox"/> Agressão física - FAF | <input type="checkbox"/> Envenenamento | <input type="checkbox"/> Queda | <input type="checkbox"/> Exame complementar |
| <input type="checkbox"/> Agressão física - FAB | <input type="checkbox"/> Afogamento | <input type="checkbox"/> Urgência clínica | <input type="checkbox"/> Outros |

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VÍTIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO	OUTRA PARTE ENVOLVIDA	ITENS DE SEGURANÇA
<input type="checkbox"/> Pedestre	<input type="checkbox"/> A pé	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Capacete <u>SEM</u>
<input type="checkbox"/> Condutor	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<input type="checkbox"/> Cinto de segurança
<input checked="" type="checkbox"/> Passageiro	<input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta	<input type="checkbox"/> Motocicleta	<input type="checkbox"/> Airbag
<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Assento para criança

AVALIAÇÃO INICIAL

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA
<input checked="" type="checkbox"/> Livre	<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Bradicardico	<input type="checkbox"/> Miose
<input type="checkbox"/> Obstrução Parcial	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2"	<input type="checkbox"/> Midriase
<input type="checkbox"/> Obstrução Total	<input type="checkbox"/> Bradipneia	<input type="checkbox"/> Pulso radial ausente	<input type="checkbox"/> Anisocoria [] D [] E
<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input type="checkbox"/> Taquipneia	<input type="checkbox"/> Pulso central ausente	<input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado
<input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Cianose central [] Extremidade	<input type="checkbox"/> Agitação psicomotora

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mmHg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Inicio	07:50 90/60	95	20	98	—	—	—	—
Fim	8:10 95-60	110	—	100	—	—	2	15

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

LESÃO IDENTIFICADA	ABERTURA OCULAR
1 - Dor	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea
2 - Hematoma	<input type="checkbox"/> Ao comando
3 - Contusão	<input type="checkbox"/> À dor
4 - Escoriação	<input type="checkbox"/> Sem resposta
5 - Laceração	
6 - Luxação	
7 - Fratura fechada	
8 - Fratura exposta	
9 - Amputação	
10 - Evisceração	
11 - Afundamento de crânio	
12 - Ferimento penetrante	
13 - Tórax instável	
14 - Enfisema subcutâneo	
15 - Ferida aspirativa	
16 - Empalamento	
17 - Outros	

27 AGO 2018

AVALIAÇÃO CARDIÁCA	AFECÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA PEGRESSA
<input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal	<input type="checkbox"/> FV	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal	<input type="checkbox"/> TV	<input type="checkbox"/> Alergias
<input type="checkbox"/> Flutter Atrial	<input type="checkbox"/> AESP	<input type="checkbox"/> Cardiopatia
<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> HAS <u>Nega</u>
		<input type="checkbox"/> Outros
		<input type="checkbox"/> Medicação de uso <u>Nega</u>
		<u>Nega</u>

GRAVIDADE COMPROVADA

[] Ileso

[] Pequena

[] Média

[] Severa

[] Último

Eder Rodrigo F. Ribeiro

Cirurgião Geral
CRM/DF 1275

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

SAMU 192-BV
CONFERE COM
ORIGINAL

Em 09/08/19

Bombeiros
Polícia Militar
Guarda Municipal
SMTRAN
Outros:
Rubrica

- [] Cancelamento
 [] Recusa de Atendimento / [] Hospitalização
 [] Não se encontrava no local
 [] Trote

- MÉDIOS
ACIONADOS
- [] Polícia Militar
 - [] Guarda Municipal
 - [] SMTRAN

PERTENCE DO PACIENTE	Descrição:		
	Nome do Receptor:		
	Função do Receptor:		
	Assinatura do Receptor:		
TERMO DE RECUSA	ÁREA DE SINISTROS - DPMAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		
	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:		
	Assinatura do Paciente:	27 AGO 2010	RG:
	TESTEMUNHA 01:	RG:	RG:
TESTEMUNHA 02:	RG:		
ENTE SEGUROADORA S/A Av. Capitão Júlio Bezerra, 444 - Boa Vista - RR			

GESTANTE							
Idade Gestacional:	<input type="checkbox"/> Movimentos fetais presentes	<input type="checkbox"/> Partes fetais na vulva					
Perda de líquido:	<input type="checkbox"/> Contrações entre 3-5 min.	<input type="checkbox"/> Com cartão da gestante					
BCF:	<input type="checkbox"/> Contrações com duração > 30s	<input type="checkbox"/> Sem cartão da gestante					
PROCEDIMENTOS REALIZADOS							
<input checked="" type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> Máscara laringea	<input checked="" type="checkbox"/> Monitorização cardíaca	<input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de fraturas				
<input type="checkbox"/> Cânula de Guegel	<input type="checkbox"/> Guia de introdução Bougie	<input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical	<input checked="" type="checkbox"/> Curativos				
<input type="checkbox"/> Cateter nasal: ___ L/min	<input type="checkbox"/> Cricotireostomia cirúrgica	<input type="checkbox"/> Headblock	<input type="checkbox"/> Parto vaginal				
<input type="checkbox"/> Máscara facial: ___ L/min	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria	<input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa	<input type="checkbox"/> Cesárea de emergência				
<input type="checkbox"/> Bolsa-velva-máscara: ___ L/min	<input type="checkbox"/> Dreno de tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Tirantes	<input type="checkbox"/> Imobilização de luxação				
<input type="checkbox"/> Intubação orotraqueal	<input type="checkbox"/> Descompressão torácica	<input type="checkbox"/> KED	<input type="checkbox"/> Outros:				
<input checked="" type="checkbox"/> Acesso venoso Gelco nº <u>20</u>	<input type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp nº *	<input type="checkbox"/> Acesso intraósseo					
MEDICAMENTOS PRESCRITOS							
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
Tiatisil 60 Mg Dipirona 800	40	EV	08:06				
SPOSY - 7	5.000	E	08:06				
<i>materiais</i>							
03 compressa	01 RL						
03 Algodona 50cm	01 SPOSY 500						
03 pct. gases	03 Pares lura G						
03 SPOSY - 250	OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS 01 Par lura P. 02 molas caixa						

A 7:42, equipe foi acionada para atender uma ocorrência de natureza traumática (moto a carro) no local encontramos a vítima em decúbito dorsal ao solo, sem sapato, consciente orientada, sendo acompanhada por populares, feito abordagem primária com confecção coluna cervical, sinais vitais com atuação no PA, na sequência foi constatado ferir já citada em figuras, comunicado ao médico regulador e guia clínico da vítima, que tomou conhecimento. O mesmo autorizou administração analgésica e encaminha ao GT do HGR.

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PALOMA CARIOLANDO DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 00000064138-0

Nr. da Autenticação 6FDD3DE7C6E42951



Para contato
consegue informar
este número

SEU CÓDIGO

0074024-1

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Enzo Góes, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CEP: 69.341-070/0001-44 | Imp. Edital 24.007 (223)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regras especiais da impressão autorizada pela SEFAZ/RR/013

Nº da Nota Fiscal: 003284393
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.436 de 20 de abril de 2002

CONTAS MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	06/08/2019	211	197,25

JOSE PAULA DOS REIS
R. SILVER 62 JOQUEI CLUBE
CPF: 00044657552287
CEP: 69.313-058 - BOA VISTA

ROT: 31.001.17.07.021200

DADOS DA LEITURA	kWh	kVArh	DATAS DA LEITURA
Atual	21827		Atual: 22/07/2019
Anterior	21616		Anterior: 19/06/2019
Incremento de Multe/Correção:	1.000		Próxima Leitura: 22/08/2019
Consumo Médio:	211		Emissão: 19/07/2019
Consumo Faturado:	211	FCAM	Apresentação: 22/07/2019

NORMAIS		33	
Categoria/Classificação	Lotação	Número Medidor	Ponto
RESIDENCIAL	B1	13LD003155M 1506137	1.1.1.2
HISTÓRICO kWh			
Mês/ano consumo			
JUN/19	173	CONSUMO	211 A R\$ 0,764602 = 161,33
MAI/19	226	CORREÇÃO MONETÁRIA DA 04/19-00	0,15
ABR/19	205	CORREÇÃO MONETÁRIA IG 04/19-00	1,97
MAR/19	204	MULTA POR ATRASO DE I 04/19-00	1,00
FEV/19	413	JUROS DE MORA POR ATR 04/19-00	0,42
JAN/19	509	MULTA POR ATRASO 04/19-00	0,42
DEZ/18	380	JUROS DE MORA DE IMPO 04/19-00	0,42
NOV/18	578	ILUMINACAO PÚBLICA	0,00
OUT/18	663		
SET/18	438		
TÍTULO DE TRIBUTOS		DESCRIPÇÃO DA CONTA	
0 H 211 - 0,764602			

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R\$	Base de Cálculo
06/2019	170,91	161,33
		0,15
		1,97
		1,00
		0,42
		0,42
		0,42
		0,00

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO

RESERVADO AD FISCO FC7F QEEC 0960 017

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	41,46	Base de Cálculo:	
Energia:	87,89	Aliquota ICMS:	
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	
Encargos:	4,56	Valor do PIS:	0,00
Tributos:	27,4	Valor do COFINS:	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99
5,70			14,00			1,02

FLORESTA	05/2019	74,15
ROT: 31.001.17.07.021200		

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0074024-1	197,25
MÊS FATURADO	
VENCIMENTO	

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0074024-1	197,25
MÊS FATURADO	
VENCIMENTO	

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0074024-1	197,25
MÊS FATURADO	
VENCIMENTO	

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0074024-1	197,25
MÊS FATURADO	
VENCIMENTO	

**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: 3318835

JOSE HORACIO DO NASCIMENTO

AV GEN ATAIDE TEIVE, 2748 , 02

LIBERDADE

69309000 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1020749	07/2019	24-JUN-19 a 25-JUL-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
806	11-AUG-19	R\$ 714,72

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
1020749	07/2019	R\$ 714,72

836100000071.147200750007.000000001024.074907190057

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 AGO 2019

CENTE SEGURADORA S/A
Av. Cidade Jardim, 484 - Boa Vista - RR



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site: www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 COAF².

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 Denilze Lorrin Dantas

inscrito (a) no CPF/CNPJ 792.657.152 , 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Paloma Baridando de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 028.908.022 , 30,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Paloma Baridando de Lima

inscrito (a) no CPF sob o Nº 028.908.022 , 30, 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>Av. General Staiola, 1111</u>	Número:	<u>2748</u>	Complemento:	<u>02</u>
Bairro:	<u>Aldeota</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado:	<u>RR</u>
E-mail:	<u>laderboavista.pendencia@hotmail.com</u>	CEP:	<u>69.309.000</u>	Tel.(DDD):	<u>(95) 99117-5392</u>

Local e Data: Boa Vista - RR 15 de Agosto 2019

Denilze Lorrin Dantas

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT	Assinatura do Declarante
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
27 AGO 2019	
CENTE SEGURADORA S/A	
Av. General José Deputado, 484 - Boa Vista - RR	

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

1ª Classificação	
<input type="checkbox"/>	Vermelho
<input type="checkbox"/>	Laranja
<input type="checkbox"/>	Amarelo
<input type="checkbox"/>	Verde
<input type="checkbox"/>	Azul Ass.

Reclassificação	
<input type="checkbox"/>	Vermelho
<input type="checkbox"/>	Laranja
<input type="checkbox"/>	Amarelo
<input type="checkbox"/>	Verde
<input type="checkbox"/>	Azul Ass.

Reclassificação	
<input type="checkbox"/>	Vermelho
<input type="checkbox"/>	Laranja
<input type="checkbox"/>	Amarelo
<input type="checkbox"/>	Verde
<input type="checkbox"/>	Azul Ass.

DIURNO 07-19 3

Prontuário

Paciente PALOMA CARIOLANDO DE LIMA	Data Nascimento 28/08/1996	Idade 22 A 8 M 10 D	CNS 707604208261699	CPF 02890802230	Prontuário
Tipo Doc IDENTIDADE	Documento 4875885	Órgão Emissor SSP/RR	Sexo F	Estado Civil SOLTEIRO(A)PARADA	Naturalidade BOA VISTA - RR
Mãe MARIA IVANETE FERREIRA CARIOLANDO				Pai JOSE CORREA DE LIMA	Contato (95) 99154-4403
Enderço RUA - SILVER - 62 - JOQUEI CLUBE - BOA VISTA - RR					Ocupação
Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira	Validade	Autorização	At. Previuta
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
Setor GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTÂNEA		Procedimento Sol.		Pressão
Queixa Principal <i>Acidente de moto carro, trazida pelo SAMU, Glasgow 15, com trauma em H10</i>					Registrado por: EDLANA.BRIGLIA
Anamnese de Enfermagem				GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h) BEG, LOTE AAA,
ACI: 20,2T, BNF, SIS AP MV+ bilateralmente, SIRA

Exame Físico	ÁREA DE SINISTROS - DPMAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
Hipótese Diagnóstica	27 AGO 2019
SADT - Exames Complementares <input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> SEGURO S/A <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:	APRAZAMENTO <i>08-10</i> OBSERVAÇÃO <i>Susana Coutinho da Silva Técnica de Enfermagem COREN-RR 415-816</i>
PRESCRIÇÃO <i>Prescrevo Vacina antitetânica. A ortopedia</i>	

Conduta <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <i>Ortopedia</i>	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta:
Óbito Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IMPL. Anatomia Patológica

HOSPTAL-GERAL DE RORAIMA
AV. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo-Planalto Tel (55) 2421-0620
AUTENTICAÇÃO

19.08.2019

Certifico que o(a) paciente acima mencionado(a) é o(a) portador(a) do original
Assinatura: *[Assinatura]*

Assinatura do Paciente ou Responsável

Impresso por: **edlana.briglia**
Data Hora: 07/05/2019 08:25:08

Carimbo Assinatura do Médico

*Ortopedia
Hospital Geral
RR 1275
F. Ribeiro*



* Claro pra mim
FX we pronta de avaliar TIZ (E) e 2º PDD (E)

CD: Ao CC.

Cefalotina 2g GU.

DR. Fernando Reimundo



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOCIOSANITÁRIO
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

2 - CNES

3 - CNES

BLOCO D

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

1 - NOME DO PACIENTE
Paloma Cariolando da Silva

4 - N° DO PRONTUÁRIO

172601

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
707604208261699

5 - DATA DE NASCIMENTO
28/08/96

6 - SEXO

F

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Maria Ivonete Ferreira Cariolando

11 - FONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

12 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua Silver, 62, Jockey Club

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
RJ, RJ

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura exposta de T12 e 3º PDS

ÁREA DE BIMESTRES - DIVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 AGO 2019

18 - CONDIÇÕES CLÍNICAS NA INTERNAÇÃO

Tumoreante Cúrgico

GENTE SEGURADORA SIA

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES

Exames: RX + TC + Ex. Físico

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura T12 e 3º PDS

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO (CÓDIGO DE ASSOCIAÇÃO)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tumoreante Cúrgico

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CÓDIGO DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

Chita prava Cúrgica

04/05/19

() CNS

() CPF

Dr. Fábio

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE E ASSISTENTE

Cúrgico

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

04/05/19

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

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

36 - CNPJ DA EMPRESA

37 - N° DO SEGURO

41 - CBOR

() EMPRESA

() AUTÔNOMO

() INDEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR

45 - DOCUMENTO

() CNS

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

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO

50 - 0415030013

51 - 0408050578 → 5825

V29

52 - 0408050470 → 5928

53 - 0408050471

BOLETIM OPERATÓRIO

Patema Camolando de Lima

Data: 04/05/19

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura exposta de húmero radial + 3º PDD
 INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: Tratamento Cirúrgico

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: Dr. Rogério	1º auxiliar: Dr. Fernando D2	
2º auxiliar: _____	INSTRUMENTADORA: _____	
3º auxiliar: _____	ANESTESIA: _____	
ANESTESISTAS: _____	ANESTÉSICO: _____	
INÍCIO: _____	FIM: _____	DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Docente um DDM vale resguardo;
 2. AF + CC^E
 3. h MC axônios + paroxysm de 2 profuse
 na proximidade do fraturário um medula radial (E)
 vale controlar medula p/ os + paroxysm de FK um
 3º PDD vale controlar medula p/ os + interna + austro;

u. A QDA



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amor de Deus é o maior bem"

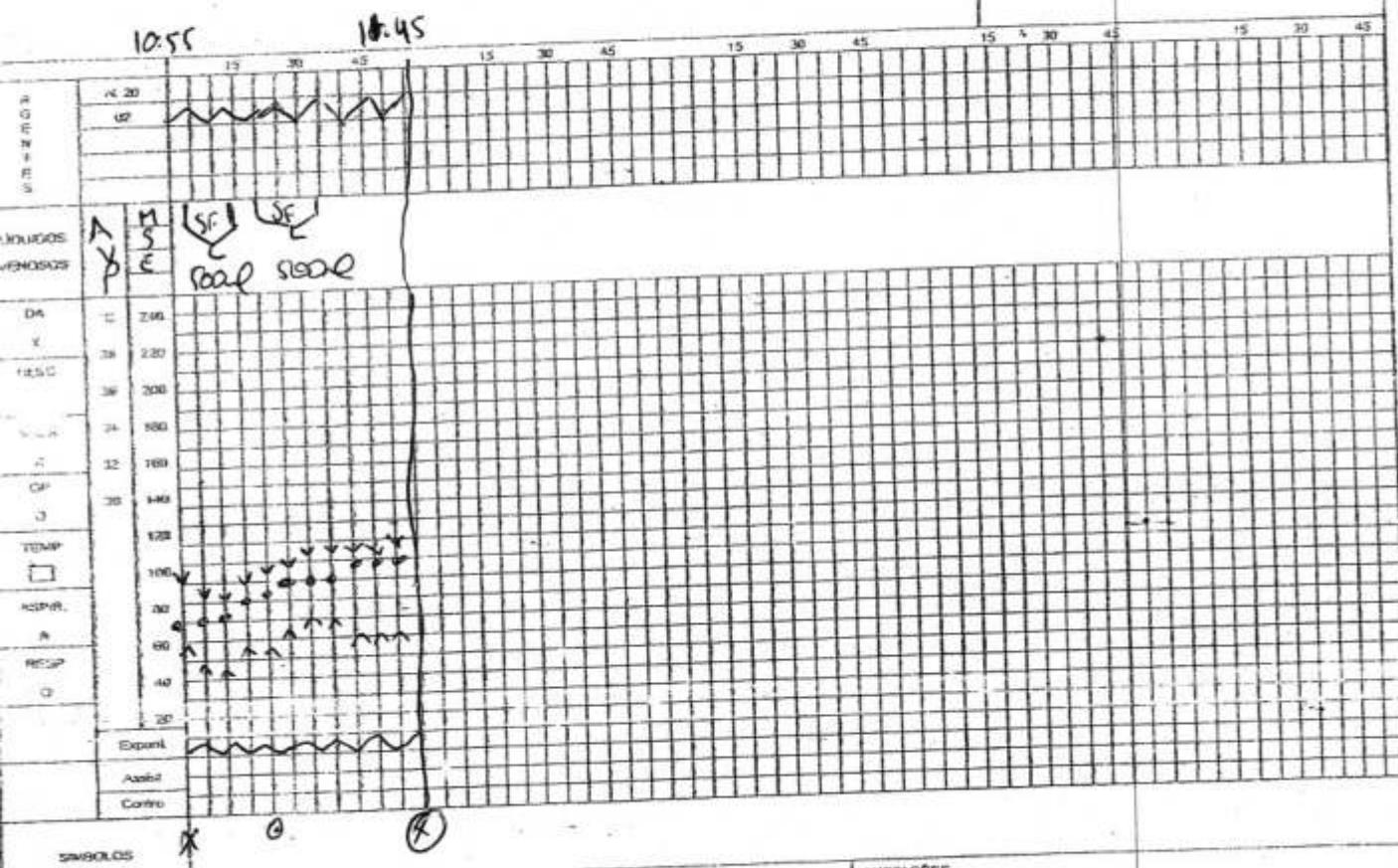
MACA-1

FICHA DE ANESTESIA

07/05/19

Plants considered ok this; 22a

PRÉ-MEDICAÇÃO - DRUGA - DOSE - HORA - EFETO



AGENTES	DOSSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
I. Bupivacaina 0,5% 15mg II. Fentanil 50mcg III. Dexam 5mg		Regional Anesthesia L3/L4 mediana, simple, Sob Ventilacão Assistida.	X Chock test + monitorização
E	1		1. Oferta de a on CN 21cm
F	7		2. sedoanalgesia: - Fentanil 50mcg - Dexam 3mg
G			3. Regional Anesthesia lombária onte L3/L4 com Agulha Quincke no 26G; LCR clara, limpido; Injeção de carboxibonoxida hiperbólica 0,5% 4kg
GLUCOSE	LUMODYS	Cauda - Nervo / Ovo Faringea Nervo / Oftálmico - Cega Bif - Tens - Coluna do Tubo Sofá Múscula	4. Cefalostom 2g IV + tachikrom 40g IV
NECO	()		
SANGUE	()	Dificuldade Técnica: N/A	
SF 1.000 ml		TEMPO DE ANESTESIA	
TOTAL 1000 ml		50' 30"	
OPERAÇÃO			
Redutor da ferida Pedobacterio (O)			
Z ANESTESIA	A 2	CÓDIGO CIRURGÃO	PERDA SANGUÍNEA

TESAR
Mr. And Mrs.

CONTINUAR

Dr. Rogers

PERIODICA SANCTA-URBANA

R. Carlos H. R.
Dra. Ana Paula Thomé
Médica Anestesiologista
CRM-RJ 1000

S. DEXANETHRAS long IV
2. DAPIUS 2g IV
3. Encambo c SEP 7

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

22 Ones

NOME DO PACIENTE
Paloma Coriolando de Lima

APT OU LEITO

Nº DO PRONTUÁRIO

DATA

07/05/14

CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO			
TIPO		INÍCIO	FIM	TEMPO TOTAL	
LIMPEZA CIRÚRGICA + OSTEOTOMIA DE TORAX	DR. MEDICA	11:15	12:00		
D Requena	ANESTESISTA:	D APA Paula			
D R.H. Fumando	RES. ANESTESIA:	D Carlos			
	INSTRUMENTADOR				
	CIRCULANTE	D Dipileon + D Luis			
	TEMPO DE DURAÇÃO				
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS - SORO FISIOLOGICO	<i>R\$ 00</i>
1	PACOTES GAZE			FRASCOS - SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS - SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL N°	
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON N° 3.0	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
1	LÂMINA BISTURI N° 21			FIO CATGUT SIMPLES N°	
1	DRENO DE SUCCÃO N°			FIO CATGUT CRÔMADO N°	
1	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°	
1	DRENO DE PENROSE N°			FIO SEDA N°	
1	SERINGA 01ML			STURGICEL	
1	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
1	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA	
1	SERINGA 10ML			GLOFOAM	
1	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
1	ELÉTRODES			OUTROS:	
1	CATÓDICO				
1	ANODE				
1	ESTÍMULO				
1	OBSTRUÇÃO DE CIRURGIA T ALUMINIO + 200 ml				
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS			SUB- TOTAL
	<i>Eduardo</i> <i>BRUNO</i>				
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA			
		TAXA DE ANESTESIA			
					SOMA
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE			

SANE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

CENTRO CIRÚRGICO/SRPA



Limpza histerectomia toracor. de Tornozelo

SRPA

DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Data: 07/06/19

Hora: 12:22

Idade: 22

Classe: I
Emergência ()
Internação () U.T.I.
Outros:

Cirurgia proposta: Exéctomia
atépele

Legado:
Tutela ()
Anestesia () U.T.I.

Outras:
Cirurgia proposta: Exéctomia
atépele

1. Informações:
Medicamento () Anestésico
Jóias () Intravath
Bainho () Sangue
Ativada () Cardiotônico
Estomas () Asmático
Outros: Scam exame

2. Entrada na Cirurgia

Início da Cirurgia

Inicio Cirurgia

Saída S.O.

Cirurgia Realizada

Amputação

Hidratação

Infusão

Antibiótico

Via:

SG a 10%:

Noflopabum Cl:

Dose:

Regras Dose:

Outros:

Nº de compressas oferecidas:

Nº de compressas recolhidas:

Sinais Vitais:

T: 36,5 °C

P: 100 bpm

R: 18/min

FC: 93 bpm

SpO2: 95%

PA: 93 mmHg

FC: 93 bpm

3. Anestesiologia:

Regras Dose:

Antibiotico:

Hemoderivados:

Plaquetas:

4. Sonda:

Anatomia Patológica:

5. Outras:

Curativo:

Dreno:

Osteosíntese:

Venoso:

6. Outras:

Balanço Hídrico:

Entradas:

SAEG:

Dreno:

Diurese:

SMG:

Clínica:

Saídas:

7. Breve:

8. SNG:

9. SNG:

10. Folia de Sinais:

11. Outros:

12. Enfermeira:



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA NEURO CIRURGIA

Tipo Cirurgia:

Osteos de Tornozelo (E) emergentes

Data: 02/05/19 Nº. DO PRONTUÁRIO:

Paciente: Paloma CARBONELLO DELMA. Idade _____

Bloco: 67 Enfermaria _____ Leito: _____

Caixa: Pequeno prato mto Nº

Circulante: 15 AM 11/1 Sala

Conferencia Expurgo CME: _____

Material Utilizado:

Poroporus Erythropus 35 1
45 1

Dr. Rogério L. P. Dias
Médico
Ortopedista / traumatologista
CRM 1205-RR / QRF 114

Médico Responsável

1º Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2º Via - CME

MACA 4

Bloco D - M

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PREScriÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE	Paloma Cavalcante da Silva			
DIAGNÓSTICO	FX Cx/ponta T VZ (E) + 3º PDD (E)			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DMZ	
IDADE	LEITO		DATA	
ITEM	PREScriÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL UVP.E			5ND
2	AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia			I
	CEFALOTINA 1G EV 6/6H (Sua prua)			18:00 NT
4	TILATIL 20mg 12/12hs			
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N			(S/N)
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gls) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			(S/N) 18:20
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			(S/N)
8	IRANITIDINA 50MG EV 8/8HS			14:25:00
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			(S/N)
10	SSV+CCGG 6/6 H			Retirar
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMHG			
14	CURATIVO DIARIO			
15	Cundomicina 600 mg (60) 3/3 h.			16:27:08
16	(ciprofloxacino 400 mg (60) 12/12 h			02:00
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

08/5. Paciente admitido às 14:10 procedente do C.E. em P.O.T de osteossíntese de TNZ E. consciente, orientada, ar ambult. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem. *PPB*

Francklin Henrique Rodrigues
COREN-RR 353.432 - ENF

SINAIS VITAIS	PA	PI	FR	T
6 H	100/62	90	36.7	18
12 H				
18 H	106/64	100	36.4°C	18
24 H	87/69	79	36.3°C	20

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

14:30, pac no leito, sem
gritxas, adm medicos
e Alaino *sintetico*.

MACA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

GOVINDO DE
RORAIMA
Hospital Geral de
Roraima

		DIH		DN	2808/96
PACIENTE	PALOMA CARIOLANDO DE LIMA				
AGNÓSTICO	FX EXPOSTA BIMALEOLAR E + 3PDDD E				
ALERGIAS		HAS	DM2		
IDADE	22	LEITO	MACA 1	DATA	08/05/2019
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5/12
2	SF0,9% 500ML EV				18:00
4	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12HR OU 1 CP 500MG VO 12/12HR				18:00
7	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				5/12
8	PLASIL10MG EV 8/8H S/N				18:00
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H				18:00
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				5/12
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				5/12
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				5/12
13	CURATIVÓ DIÁRIO				M
14	SSVV + CCGG 6/6 H				5/12
15	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8HRS				26/05/2019
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.

// PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	122/72	109	5/12 36°C
18 H	91/64	94	19 36,5
24 H	100x66	79	19 36,3°C

06 H - 98 x 60 78 39 36 °C

Aguiar
Márcio Resende
Traumatologia
CRM-RP 1995

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

Nome:	Date:	Enfermeira:	Leito:
Nome Completo:			
Motivo Diagnóstico:			
Alinhamento ou Precaução:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Gotícula-aerosol <input type="checkbox"/> Gotícula-pelante	
Alergia:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Qual (is):	
Necessidade de Intérprete?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Qual idioma:	
Possui acompanhante: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Obs:		
Deambulação: <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Sem deambulação <input type="checkbox"/> Acamado	<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Fraca <input type="checkbox"/> Comprometida/cambaleante		
SISTEMA CARDIOVASCULAR			
<input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico EC: _____		
<input type="checkbox"/> Indôado <input type="checkbox"/> Torpido <input type="checkbox"/> Comatoso	<input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Hipertenso <input type="checkbox"/> Hipotensão PA: _____		
<input type="checkbox"/> Ayudado <input type="checkbox"/> Reage a estímulos <input type="checkbox"/> Não reage	<input type="checkbox"/> P脉 Cheio <input type="checkbox"/> Fisiiforme <input type="checkbox"/> Aritmico Pulo: _____		
SISTEMA GASTROINTESTINAL			
<input type="checkbox"/> Pupilas: <input type="checkbox"/> Midriásicas <input type="checkbox"/> Miosóticas <input type="checkbox"/> Nao reagentes	<input type="checkbox"/> IVO <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE/SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> INPT		
<input type="checkbox"/> Regurgitação: <input type="checkbox"/> Hipotérmico <input type="checkbox"/> Hipertérmico	<input type="checkbox"/> Aceitação da dieta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial		
<input type="checkbox"/> Tônus: <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Fervor <input type="checkbox"/> Pirexia	<input type="checkbox"/> Evacuação: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Defecação: _____		
<input type="checkbox"/> Diarreia: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Melena		
REGULAÇÃO ABDOMINAL			
<input type="checkbox"/> Hidroabdomen: <input type="checkbox"/> Normotensor <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Flácido			
<input type="checkbox"/> Hidrocoledo: <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Maciço <input type="checkbox"/> Impâniaco			
<input type="checkbox"/> Visceromegalia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
SISTEMA URINÁRIO / DIURESE			
<input type="checkbox"/> Uretra: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria		
<input type="checkbox"/> Uretral: <input type="checkbox"/> Polúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Cisturia <input type="checkbox"/> Hidraturia			
<input type="checkbox"/> Cystostomia: <input type="checkbox"/> Irrigação contínua <input type="checkbox"/> Urocen			
SISTEMA RESPIRATÓRIO			
<input type="checkbox"/> Respiratório: <input type="checkbox"/> Eufnélico <input type="checkbox"/> Bradipnélico <input type="checkbox"/> Taquipnélico <input type="checkbox"/> Dispneico <input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Traqueostomia			
<input type="checkbox"/> Oxigenoterapia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual: _____			
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES			
<input type="checkbox"/> Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____			
<input type="checkbox"/> Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____			
<input type="checkbox"/> Sinal de interção no sítio da punção: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
<input type="checkbox"/> Sondas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não SOG: <input type="checkbox"/> SNE: <input type="checkbox"/> SOE: <input type="checkbox"/> GTT Lavagem: <input type="checkbox"/> Sifonagem: _____ Quantidade: _____			
<input type="checkbox"/> Dreno: _____			
<input type="checkbox"/> Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Data da instalação: _____ Trocar em: _____			
<input type="checkbox"/> Picose: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tipo: _____ Local: _____			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
<input type="checkbox"/> Deglutição prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de infecção <input type="checkbox"/> Risco de equilíbrio desequilibrada <input type="checkbox"/> Risco de glicemia insulável <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume <input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo <input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficitário	<input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada <input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal <input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado <input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para higiene	<input type="checkbox"/> Risco de lesão por pressão <input type="checkbox"/> Risco de quedas <input type="checkbox"/> Risco de broncoaspiração <input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de constipação <input type="checkbox"/> Comunicação deficiente	
Escala de Morse			
<input type="checkbox"/> Início da Queda:	4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado		
0	Não *	0	
20	Sim	20	
Sim			
<input type="checkbox"/> Diagnóstico Secundário:	5. Marcha/Deambulação		
0	Normal/Sem deambulação/Acamado	0	
10	Fraca	10	
Sim	Comprometida/Cambaleante	20	
<input type="checkbox"/> Apoio na Deambulação:	6. Estado Mental		
0	Orientado/limitado/conhece as limitações	0	
<input type="checkbox"/> Cadeira/Assento/Andador:	15. Superestima capacidade/esquece limitação	15	
<input type="checkbox"/> Mobilização Parada:	30. Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior que 45		
TOTAL:	Risco Baixo: 0 - 24		
Prescrição para prevenção de queda no vésico			

Maca 1

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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DOCUMENTO DE
ADMISÃO
Hospital Geral de Roraima

DATA DE ADMISSÃO DIH DN 2808/96

PACIENTE PALOMA CARIOLANDO DE LIMA

AGNÓSTICO FX EXPOSTA BIMALEOLAR E + 3PDDDE E

ALERGIAS

IDADE

ITEM

1

2

4

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

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

Bloco:	Data:	Enfermaria:	Leito:		
			DN: / /	Sexo: () F () M	
Nome Completo:					
Hipótese Diagnóstica:					
Isolamento ou Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Goticula - aerosol () Goticula - perdigotos					
Alergia: () Sim () Não Qual (is):					
Necessidade de Intérprete? () Sim () Não Qual idioma:					
Possui acompanhante: () Sim () Não Obs:					
Deambulação: () Normal () Sem deambulação () Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante					
SISTEMA NEUROLOGO					
() Consciente	() Orientado	() Desorientado	SISTEMA CARDIOVASCULAR		
() Sedado	() Torpido	() Comatoso	() Normocárdico	() Bradicárdico () Taquicárdico BC: _____	
() Agitado	() Reage a estímulos	() Não reage	() Normotensão	() Hipotensão () Hipertenso PA: _____	
PUPILAS					
() Fotorreagente	() Mióticas	() Midriásica	() Pulso Cheio	() Arritmico Pulso: _____	
() Isocônicas	() Anisocônicas	() Não reagentes	ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL		
REGULAÇÃO TÉRMICA					
() Afebril	() Hipotérmico	() Hipertérmico	() VD () SNG/SOG	() SNE/SOE () GTT () NPT	
() Febril	() Febre	() Pirexia	Aceitação da dieta: () Sim () Não	() Parcial	
() Hiperpirexia	Evacuações: () Presente () Ausente			() Colostomia	
CARACTERÍSTICAS DA PELE					
() Hidratada	() Desidratada	() Ressecada	() Normal () Diarreia () Constipação () Melena	() Melena	
() Normocorada	() Hipocorada	() Hipercorada	Flatus: () Presente () Ausente	REGULAÇÃO ABDOMINAL	
() Anictérica	() Ictérica	() Cyanótica	() Normotensão () Distendido () Ausente	() Globoso () Flácido	
() Aclanótica	() Edema Local: _____	Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente			() Ascítico () Maciço () Ausente
Úlcera por pressão: () Sim () Não	Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não			SISTEMA URINÁRIO / DIURESE	
Região: _____	FO: () SIM () NÃO			() Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria	() Poliúria () Disúria () Colúria () Hematória
Curativo realizado: () Sim () Não	Qual: _____			() Cistostomia () Irrigação contínua	() Uropênia
SISTEMA RESPIRATÓRIO					() Traqueostomia
() Eupneico	() Bradipneico	() Taquipneico	() Dispneico	() Ar ambiente	
Oxigenoterapia	() Sim () Não	CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES			
Cateter Periférico: () Sim () Não	Local: _____		Data: _____		Trocárem: _____
Cateter Central: () Sim () Não	Local: _____		Curativo realizado em: _____		Trocárem: _____
Sinais de infecção no sítio da punção: () Sim () Não	() Sim () Não		() Lavagem () Sifonagem		
Sondas: () Sim () Não () SNG	() SOG () SNE () SOE () GTT				Quantidade: _____
Dreno de: _____	Aspecto da secreção: _____				
Cateter Vesical: () Sim () Não	Data da instalação: _____		Trocárem: _____		
Prótese: () Sim () Não	Tipo: _____		Local: _____		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM					
() Deglutição Prejudicada	() Padrão respiratório ineficaz				
() Risco de infecção	() Ventilação espontânea prejudicada				
() Risco de nutrição desequilibrada	() Mobilidade física prejudicada				
() Risco de glicemias instáveis	() Risco de integridade da pele prejudicada				
() Risco de desequilíbrio do volume	() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal				
() Volume de líquidos excessivo	() Padrão de sono prejudicado				
() Volume de líquidos deficiente	() Déficit no autocuidado para higiene				
Escala de Morse					
1. Histórico de Queda		4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado			
Não	0	Não		0	
Sim	25	Sim		20	
2. Diagnóstico Secundário		5. Marcha/Deambulação			
Não	0	Normal/Sem deambulação/Acamado		0	
Sim	15	Fraca		10	
3. Auxílio na Deambulação		Comprometida/Cambaleante		20	
Nenhum/Acamado/Auxiliado	0	Estado Mental			
Muleta/Bengala/Andador	15	Orientado/limitado/conhece as limitações		0	
Mobiliário Parede	30	Superestima capacidade/Esquece limitação		15	
TOTAL: _____	Risco Baixo: 0 - 24	Risco Médio: 25 - 44		Risco Alto: maior que 45	
Prescrição para prevenção de queda no verso					

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PREScrição MÉDICA

GOVERNO DE
RORAIMA
MUNICÍPIO DE BOA VISTA



DATA DE ADMISSÃO DIH DN 2808/96

PACIENTE PALOMA CARIOLANDO DE LIMA Entra de data

AGNÓSTICO FX EXPOSTA BIMALEOLAR E + 3PDDD E

ALERGIAS HAS DM2 09/05/19
IDADE 22 LEITO MACA 1 DATA 10/05/2019

ITEM		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SN
2	SF0,9% 500ML EV S/N	SN
4	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12HR OU 1 CP 500MG VO 12/12HR	18 06
7	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N	SN
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	12 18 24 06
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H	
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	SW
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
13	CURATIVO DIÁRIO	M
14	SSVV + CCGG 6/6 H	6/6
15	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8HRS	08 16 24
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.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

CONDUTA: MANTIDA

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



Rg, 6281, 91 seu Flory, recém
alta o exame de hem

Ord	Hora	Setor	ÓBITOS	Sex	LD	Rub
01	:	H12-3	Márcio Marcos Taylor (Óbito no GT)	M		
02	:	H12-2	José Luis Alberto Mendes (Óbito no GT) SUSPEITO	SUS		
03	:					
04	:					
05	:					
Transferências recebidas				Sex	LD	Rub
01	22:30	401.1	Faulo Alves de Souza	M	SUS	Lucia...
02	:					
03	:					
04	:					
05	:					
06	:					
07	:					
08	:					
09	:					
10	:					
ALTA S				Sex	LD	Rub
01	:	H14-5	José Ricardo Costa Andrade	M		
02	:	H14-3	Anderson Fernando Pinto de Moraes	M		
03	:	H14-1	Valomar Valmor Landim de Lima	F		
04	:	H14-2	Edinaldo Pente Oliveira	M		
05	:	H052	Silvana Pereira de Menezes	F		
06	:	H092	Viviane Almeida	F		
07	:	H046	Gylton Santiago da Silva	M		
08	:					
09	:					
10	:					
11	:					
12	:					
13	:					
14	:					
15	:					

Sumário

1- Paciente do dia anterior: 37
 2- Internações.....
 3- Transferências recebida: 01

Total :1,2e3= _____

3- Altas..... 01
 4- Transferências enviadas: 01
 5- Óbitos..... 01

Total 3,4e5= 29

Admissões e saídas no mesmo dia:

Data: <u>10 / 05 / 19</u>	<u>Luciana Lorite M. Andrade</u> <u>Enfermeira</u> <u>COREN-RR 139237</u> <u>Enfº. Responsável</u>	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Eduardo Gómez, 5/N Novo Horizonte Tel: (65) 3211-8620 AUTENTISAME
---------------------------	---	---

CR= Classificação de Risco.

LD= Leito de destino.

Lívia não confere

Carla Souza - Fisca - presente
 Carla Souza - Fisca - Original
 que foi emitido no neste Hospital

19 JUN. 2019



PALOMA C. LIMA

HOSPITAL CORONEL MOTA

8239

26/07/2019

Vilson

764 %

PALOMA CARIOLANDA DEL.

HOSPITAL CORONEL MOTA

5693

30/05/2019

Fabiola Castro

65.5 %



E





EMERGÊNCIA

GOVERNO DE RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO ALÉM DO PRONTO SOCORRO FRANCISCO DE MELLO VASCONCELOS



RECEITU RIO

NOME: Paloma Curielante da Silva

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTENDO NÃO VERIFICADO

27 AGO 2019

GENTE SEGURO DIA
Av. Presidente Vargas, 100 - Centro - Rio de Janeiro - RJ

1- Ciprofloxacin 500g

Tomar 1g 12h00m por 10d

30.7

2- Clindamycin 300g

Tomar 1cp 8h00m por 10d

30.7

3- Aspercreme 500g

Tomar 1cp 8h00m

DATA 10/09/19

ASSINATURA E CARIMBO
DE MULHERES TRABALHADORAS
CRM/RJ 14186