

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 AGO 2019

AGENTE SEGURADORA SIA

Av. C. Pereira José Bazeite, 484 - Boa Vista - RR

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1745529538

PROIBIDO PLASTIFICAR
1745529538

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

NOME
PALOMA CAROLANDO DE LIMA

DOC. IDENTIDADE / CÓD. EMISSOR
4675825 SSP RR

CPI
028.908.022-30

DATA NASCIMENTO
28/08/1996

FUNÇÃO
JOSE CORREIA DE LIMA
MARTA EVANGELISTA FERREIRA
CAROLANDO

PERMISSÃO
ACB
CAT. HAB.
A2

Nº REGISTRO
04817693591

VALIDADE
16/09/2021

RENOVAÇÃO
24/03/2017

OBSERVAÇÕES

Paloma Carolando de Lima
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSÃO
28/09/2018

ANTONIO FRANCISCO DESENA MARQUES
DIRETOR PRESIDENTE
DETRAN-RR

ASSINATURA DO EMISSOR

35866344616
RR209619171

RORAIMA

DETRAN-RR

CENTE SEGRADORA SIA
Av. Caidio Jato Bataz 444 - Boa Vista - 7000

<div>  </div> <div> REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO </div>	
<div> VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 905314502 </div>	<div> NOME DENILZE CORREA DANTAS </div>
	<div>  </div>
	<div> DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSORAS 3142655 SSP RR </div>
	<div> CPF 792.657.152-00 </div> <div> DATA NASCIMENTO 06/03/1979 </div>
<div> PROIBIDO PLASTIFICAR 905314502 </div>	<div> RELACÃO JOSE DE SOUZA CORREA EVANGELINA LOBATO DA SILVA </div>
	<div> PERMISSÃO  </div>
	<div> ADC  </div>
	<div> CAT. FMS 13 </div>
	<div> Nº REGISTRO 04993412311 </div>
	<div> VALIDADE 20/08/2019 </div>
	<div> HABILITAÇÃO 31/05/2010 </div>
<div> OBSERVAÇÕES <div></div> </div>	
<div>  SIGNATURA DO PORTADOR </div>	
<div> LOCAL BOA VISTA - RORAIMA </div>	<div> DATA DE EMISSÃO 25/08/2014 </div>
<div>  SIGNATURA DO EMISSOR </div>	
<div> DETRAN - RR (RORAIMA) </div>	

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 AGO 2019

CENTE SEGURADORA S/A
Av. ... 484 - Boa Vista

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 013746387182
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COD. RENAVAM 00380592414 RNTC EXERCÍCIO 2017

NOME
GABRIEL WISLEY DOS SANTOS CAMPOS

CPF/CNPJ
538.233.032-87

PLACA
NAP4059

PLACA ANT./UF

CHASSI
9C2KC1680CR412838

ESPECIE TIPO
P/S/MOTOCICLETA/N.O APLIC.

COMBUSTÍVEL
ALCO/CASC

MARCA/MODELO
HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO -AB- 2011 ANO MOD- 2012

CAP/POT/CIL
2P/0149CC/

CATEGORIA
PARTICU

COR PREDOMINANTE
CINZA

	COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC./COTAS
I	*PAGO*	*PAGO*	1*****
P			2*****
V			3*****
A	** PAGO COTA UNICA **		


PREMIO TARIFARIO (R\$) R\$0,70 DE (R\$) R\$185,50 PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 03/08/2017

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DIRINIO * PROIB SAIR DA A
MAZ OCID 00016589510RR *
DETRAN-RR

LOCAL
BOA VISTA-RR

DATA
11/12/2017

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

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/05/2019

Titular do CPF: PALOMA CARIOLANDO DE LIMA

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

DENILZE CORREA DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Valoração 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

Valoração 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

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, retorne 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,



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

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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3027 CONTA: 64138 0

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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.

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 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

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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

27 AGO 2019

GENTE SEGURO

Pol. Capitão João Batista



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

DAMS: 543845

INVALIDEZ: 54384

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 014079/2019-A02

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora início 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

Acontecimento: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 07/05/2019 07:45

Local do Fato:

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: AV. NOSSA SENHORA DE NAZARÉ

Complemento: Cruzamento com a Rua Felipe Xaud

Ponto de Referência: Caldo de cana

Tipo do Local: Via Pública

Bairro: Asa Branca

Natureza:

1006: Auto lesão - Acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GABRIEL WISLEY DOS SANTOS CAMPOS (VÍTIMA (AUSENTE), ENVOLVIDO (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 26

Estado Civil: Sem informação

Endereço:

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA SILVEIRA

Bairro: JOQUEI CLUBE

Nº: 62

Nome Civil: MARIA DAS GRAÇAS GOMES FEITOSA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: MA - Vitorino Freire

Sexo: Feminino

Nasc: 11/01/1952

Profissão: Ausente

Estado Civil: Viúva

Nome da Mãe: Maria das Graças Gomes Feitosa

Endereço:

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA LEÃO

Bairro: CIDADE SATELITE

Nº: 103

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

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: AM - Manaus

Sexo: Feminino

Nasc: 28/08/1996

Profissão: Do Lar

Escolaridade: Ensino Médio Completo

Estado Civil: Solteira

Nome da Mãe: Maria Vanete Ferreira Carolando

Nome do Pai: Jose Correa de Lima

Documento:

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 028.906.022-30

Endereço:



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 16/08/2019 09:15
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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



BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 014071/2019-A02

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/Carro/ônibus/Caminhão
CPF/CNPJ do Proprietário 622.691.782-20	Placa NBA-5175
Renavam 00468633200	Número do Motor 178F30110843713
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

Maria das Graças Gomes Feitosa

Envolvimento:

Proprietário

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motuneta
CPF/CNPJ do Proprietário 538.233.032-87	Placa NAP-4059
Renavam 00380592614	Número do Motor KC16E80412851
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

Gabriel Wisley dos Santos Campos

Envolvimento:

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, RENAVA 00468633200, o qual se encontra em nome de João Quendino 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 Carliolano de Lima (passageira da Motocicleta) Softeram 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 ESSE MOMENTO TAMBÉM SE ABSTÉM DO DIREITO DE REPRESENTAR CRIMINALMENTE. É o aditamento/acréscimo.



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro de Rocha
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 16/08/2019 09:15
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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 42000908
Responsável pelo Atendimento

ASSINATURAS

16 AGO. 2019

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

Paloma Carolando de Lima

Paloma Carolando de Lima
(Comunicante / Vítima / Envolvido)

Declaro que sou o titular do direito de representação que não sou o único responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei e firmo, sob pena prevista nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa do Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



Vtr 134	SUCp 1-3/11	Data 07.05.19	S/Setor LESTE	H/Transm 08h08	H/ini 08h08	CH/h 08h13	H/Fin 09h40	
Cód. Oc 1001/1003	Cód. Prov 1306/13999	Cód. Ser. Prest 13023	Km/ini 129.565	Km/Fin 129.573				

LOCAL DA OCORRÊNCIA

Av/Rua: 44. nome: Sintonia denom: C/Felipe eud Bairro: ASA GRANDE Ref: CIPR 1001/1003

PESSOAS RELACIONADAS

1	Envolvido	Nome: Gabriel Wisley dos Santos	Idade: 26	E. Civil: Casado
Endereço:	Rua Sintonia, nº 62 - Jaqueira Chute			
Edt. RG:	267526 SSP/RJ	CNH: 0524528+173	Profissão: Militar	
2	Envolvido	Nome: Fabiana Cordeiro de Lima	Idade: 22	E. Civil: Casada
Endereço:	Rua Sintonia, nº 62 - Jaqueira Chute			
Edt. RG:	4875866 SSP/RJ	CNH: 0524528+173	Profissão: Militar	
3	Envolvido	Nome: Maria das Graças Gomes Furtado	Idade: 67	E. Civil: Viúva
Endereço:	Rua Lúcia, conj. Uaila, apto 11-103 - Cidade São Paulo			
Edt. RG:	1230667 SSP/RJ	CNH: 0524528+173	Profissão: Militar	
4		Nome: [Oculto]	Idade: [Oculto]	E. Civil: [Oculto]
Endereço:	[Oculto]			
Edt. RG:	[Oculto]	CNH: [Oculto]	Profissão: [Oculto]	
5		Nome: [Oculto]	Idade: [Oculto]	E. Civil: [Oculto]
Endereço:	[Oculto]			
Edt. RG:	[Oculto]	CNH: [Oculto]	Profissão: [Oculto]	
6		Nome: [Oculto]	Idade: [Oculto]	E. Civil: [Oculto]
Endereço:	[Oculto]			
Edt. RG:	[Oculto]	CNH: [Oculto]	Profissão: [Oculto]	

ARMAS, OBJETOS, VALORES, MATERIAIS, APREENDIDOS

Obs: Informo que o item III mencionado no local da ocorrência foi apreendido e encaminhado para o laboratório de perícias. O que a polícia está no local (perito cheirou).

RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (A/S) ACIMA ANOTADOS	<p>POLÍCIA MILITAR - RJ</p> <p>CPC-23-P3</p> <p>CONFIRME COM ORIGINAL</p> <p>DATA: 13/05/19</p> <p>Assinatura: [Assinatura]</p>	<p>Adailson Santos da Silva</p> <p>Func. Civil PMRR</p> <p>Mai 44005023</p>
-----------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------

ASSINATURA: [Assinatura]

Senhor [Assinatura], informo que [Assinatura] alocados na CIPR por conta de um acidente de trânsito no endereço citado acima, que o item I é uma moto Honda (placa NBP-4054) com sua placa e item 2, quando teve seu veículo invadido pela item 3. Que o item 3, estava na rua Felipe Xaud e não viu a motocicleta, vindo a colidir, um veículo Fiat EMEA, placa NBP 5175. Que o item I teve suas rodas, pneus e outros partes do veículo danificadas. Que o item II teve sua estrutura esquerda conforme a estrutura do SPAR. Que o item III estava em perfeito estado físico que a motocicleta estava com danos nas lanternas, retrovisores, manetes, painéis, e o que teve danos na parte frontal (para-choque, capô e farol) e danos na parte traseira (caixa de câmbio).

DENYS BARROSI	40.955-3	CGP/1	1-3/11
ASSINATURA:	Posto/Grad	SUOP	
RELATOR			

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

2 - Nº do SEGURO QUASI: 3 - Cód. de Vítima: 4 - Nome completo de vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Estado: 13 - Cidade: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Telefone:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal

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

Declaro, sob a pena de falsidade, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA COISA: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.001,00 A R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 A R\$1.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DE INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, TUTOR E CURADOR)

☒ CONTA POUPOANÇA (somente para beneficiários. Adicione uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (também bancária)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3023 CONTA: 04138 AGÊNCIA: CONTA:

(informar o dígito de verificação) (informar o dígito de verificação) (informar o dígito de verificação) (informar o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/rar no 30 de Setembro de 2019.

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

Declaro, sob a pena de falsidade, que estou impedido de solicitar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização.

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realizou perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias corridos.

Pelo motivo acima, solicito o pressuposto da análise da minha petição de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, na data da ocorrência.

aguardando, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às ordens da Seguradora LIDER para verificação de existência e quantificação dos danos materiais e morais.

permanentes de natureza de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 24, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso ocorra de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (na civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva

24 - Data da morte da vítima:

25 - Saúde Parental com a vítima: 26 - Vítima do xal. companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se filha filha, informar: 30 - Vítima deixou herança? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se irmão irmão, informar: 33 - Vítima deixou pais/avós/avós? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso haja, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e atenderem aos requisitos estabelecidos, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao art. 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a requisição pnp de

35 - Nome legível de quem assina a requisição pnp de

36 - CPF legível de quem assina a requisição pnp de

37 - [X] Assinatura de quem assina a requisição pnp de

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 15 de Agosto 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 43 - Assinatura do Promotor (se houver)

44 - Assinatura do Promotor (se houver)



FICHA DE ATENDIMENTO
BRAVO I

Nº 0768



UNIDADE:

EQUIPE: *Teci Tacimar*
cond. Leidy

Paciente: *VALDOMAR CANOANO DE LIMA* Idade: *22* Sexo: *FEMININO*

Nacionalidade: *PARAGUAIENSE*

Raça: Branca [] Negra [] Parda [x] Amarela [] Indígena-Etnia []

Endereço: *Felipe Xaundi / Nossas Nossas* Bairro *ASA BR*

Nº *7357*

DATA *07/05/2019*

HORA J/9: *07:42*

BASE () VIA ()

() RÁDIO

Médico (a) Regulador (a): *Drª Leidiana*

HORA J/10: *07:48*

(x) CELULAR

MOTIVO

Carro X moto

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora (x)

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"/> Queimadura | <input type="checkbox"/> Urgência obstétrica |
| <input type="checkbox"/> Agressão física / espancamento | <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 checked="" type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Capacete <i>SEM</i>
<input type="checkbox"/> Condutor	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Motocicleta	<input type="checkbox"/> Cinto de segurança
<input checked="" type="checkbox"/> Passageiro	<input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Airbag
<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<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"/> Bradicárdico	<input type="checkbox"/> Miose
<input type="checkbox"/> Obstrução Parcial	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2"	<input type="checkbox"/> Midríase
<input type="checkbox"/> Obstrução Total	<input type="checkbox"/> Bradipnéia	<input type="checkbox"/> Pulso radial ausente	<input type="checkbox"/> Anisocoria [] D [] E
<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input type="checkbox"/> Taquipnéia	<input type="checkbox"/> Pulso central ausente	<input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado
<input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Cianose central	<input type="checkbox"/> Agitação psicomotora
		<input type="checkbox"/> Extremidade	

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Início <i>07:50</i>	<i>90/60</i>	<i>94</i>	<i>20</i>	<i>98</i>	<i>—</i>	<i>—</i>	<i>2</i>	<i>15</i>
Fim <i>8:10</i>	<i>95-60</i>	<i>110</i>		<i>100</i>	<i>—</i>	<i>—</i>		

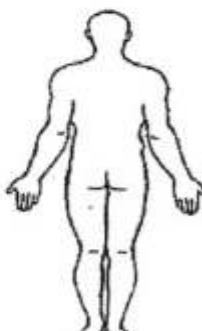
AValiação SECUNDÁRIA

LESÃO IDENTIFICADA	ABERTURA OCULAR
1 - Dor	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea
2 - Hematoma	3 - Ao comando
3 - Contusão	2 - À dor
4 - Escoriação	1 - Sem resposta
5 - Laceração	
6 - Luxação	RESPOSTA VERBAL
7 - Fratura fechada	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado
8 - Fratura exposta	4 - Confuso
9 - Amputação	3 - Palavras inapropriadas
10 - Evisceração	2 - Palavras incompreensíveis
11 - Afundamento de crânio	1 - Sem resposta
12 - Ferimento penetrante	RESPOSTA MOTORA
13 - Tórax instável	<input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos
14 - Enfisema subcutâneo	5 - Localiza a dor
15 - Ferida aspirativa	4 - Movimento de retirada
16 - Empalamento	3 - Flexão anormal
17 - Outros	2 - Extensão anormal
	1 - Sem resposta

ÁREA DE SINISTROS - DOR
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 AGO 2019

CENTE SEGURADORA S/A



AValiação CARDÍACA

AFECÇÃO CLÍNICA

HISTÓRIA PEGRESSA

<input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal	<input type="checkbox"/> FV	<input type="checkbox"/> Neurológica	<input type="checkbox"/> Metabólica	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Alergias
<input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal	<input type="checkbox"/> TV	<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Infecçiosa	<input type="checkbox"/> Cardiopatia	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Flutter Atrial	<input type="checkbox"/> AESP	<input type="checkbox"/> Cardiovascular		<input checked="" type="checkbox"/> HAS <i>Nega</i>	<i>Nega</i>
<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> Assístolia	<input type="checkbox"/> Digestiva		<input checked="" type="checkbox"/> Medicação de uso <i>Nega</i>	

GRAVIDADE COMPROVADA

☒ Nulo

☐ Pequena ☐ Média ☒ Severa

Eder Rodrigo F. Ribeiro
Cirurgião Geral
CRM 1275

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

SAMU 192-BV
CONFERE COM
ORIGINAL

Em *09/08/19*

Rubrica

- INCIDENTES
- ☐ Cancelamento
 - ☐ Recusa de Atendimento
 - ☐ Não se encontra no local
 - ☐ Trote
 - ☐ Hospitalização

MEIOS ACIONADOS

- ☐ Polícia Militar
- ☐ Guarda Municipal
- ☐ SMTRAN

PERTENCE DO PACIENTE	Descrição:	
	Nome do Receptor:	
	Função do Receptor:	
	Assinatura do Receptor:	
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
	Assinatura do Paciente:	27 AGO 2019
	TESTEMUNHA 01:	RG: _____
	TESTEMUNHA 02:	RG: _____

ÁREA DE SINISTROS - DPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

CENTRO SEGURADORA SIA
Av. Capitão João Bezerra, 404 - 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 type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> Máscara laríngea	<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-valva-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 n° 20	<input type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp n° _____	<input type="checkbox"/> Acesso intraósseo					
MEDICAMENTOS PRESCRITOS							
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
TILATIL 40 MG	40	EV	08:06				
DIPLONA 4 MG							
SFOBY - 1	5.000	E	08:06				

material

03 compressa

03 Ataduna 10cm

04 pct. gases

03 SFOBY - 250

01 RL

01 SFOBY 500

03 Pares luva G

OBSERVAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS

01 Par luva P.

02 máscaras

A 7:42. equipe foi acionada para atender uma ocorrência de natureza traumática. (Moto a canal) no local encontramos a vítima em decúbito dorsal ao solo, sem respostas, consciente orientada, sendo acompanhada por populares, feito abordagem primária com contensão coluna cervical, sinais vitais com atenção na PA, na secundária foi constatado lesões já citada e as figuras. comunicado ao médico regente e que do clínico da vítima, que tomou conhecimento. o mesmo autorizou administrar analgesia e curinha ao GT do HGR.

SAMU 192-BV
CONFERE COM
ORIGINAL
Em 09/08/19

Tecnicar da Siba Ferreira
Técnica em Enfermagem
COREN/RR 000637

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: 000000064138-0

Nr. da Autenticação 6FDD3DE7C6E42951

Roraima Energia S.A.

Av. Cardeal Ernesto Góes, 691 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ: 02.341.870/0001-44 (Insc. Estadual: 24.007.022-3)

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1

Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 363/13

Nº da Nota Fiscal

003264393

A Tanta Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

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

JOSE PAULA DOS REIS

R. SILVER 62 JOQUEI CLUB

CPF: 00044657552287

CEP: 69.313-058 - BOA VISTA

ROT: 31.001.17.07.021206

ÁREA DE MINISTROS - DPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 AGO 2019

CENTE SEGURADORA S/A

Av. Cardeal João Batista, 484 - Boa Vista - RR

DADOS DA LEITURA	kWh	kVarh	DATAS DA LEITURA
Atual	21827		Atual: 22/07/2019
Anterior	21616		Anterior: 19/06/2019
Fator de Multiplicação	1,000		Próxima Leitura: 22/08/2019
Consumo Medido	211		Emissão: 19/07/2019
Consumo Faturado	211	FCAM	Apresentação: 22/07/2019

NORMAL

33

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Logradouro	Número Medidor	Posto	Código Fis.
RESIDENCIAL	81	13LD003153M 1508133		1.1.1.2
				Média 12 meses
				364

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
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 1,02
MAR/19 204	MULTA POR ATRASO DE I 04/19-00 0,42
FEV/19 413	JUROS DE MORA POR ATR 04/19-00 0,42
JAN/19 509	MULTA POR ATRASO 04/19-00 1,02
DEZ/18 380	JUROS DE MORA DE IMPO 04/19 1,02
NOV/18 578	ILUMINAÇÃO PÚBLICA 1,02
OUT/18 663	
SET/18 438	
TOTAL - COM TRIBUTOS	
0 A 211 - 0,534720	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R\$	Observações
06/2019	170,91	Unidade com energia elétrica não regularizada no mês anterior, sendo assim, o valor da tarifa é calculado com base no consumo anterior.

LIGUE 0800-7010120 E FAÇA OPÇÃO VENC

RESERVADO AO FISCO FC7F.0EEC.096D.017A

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 41,46	Base de Cálculo:
Energia: 87,89	Alíquota ICMS:
Transmissões: 0,00	Valor do ICMS:
Encargos: 4,56	Valor do PIS:
Tributos: 27,42	Valor do COFINS:

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: 31.001.17.07.021206

**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



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

A Circular SUSEP 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 COAF¹.

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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Denilze Correia Dantas
inscrito (a) no CPF/CNPJ 792.657.152, 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Paloma Caridando de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 028.908.022, 30
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Paloma Caridando 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

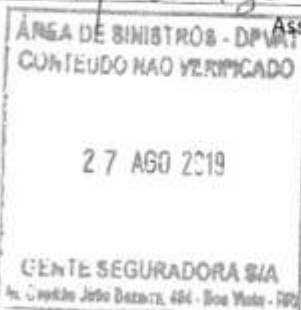
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Av. General Staioli, Jéive</u>	Número: <u>2798</u>	Complemento: <u>02</u>
Bairro: <u>Liberdade</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>liderboavista.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 Correia Dantas

Assinatura do Declarante





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

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

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

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

DIURNO 07-19 3

1901106505		07/05/2019 08:24:30		FICHA DE ATENDIMENTO						Prontuário	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF			
PALOMA CARIOLANDO DE LIMA		28/08/1996		22 A 8 M 10 D		707604208261699		02890802230			
Tipo Doc		Sexo		Estado Civil		Naturalidade		Nacionalidade			
Documento		F		Solteiro(A)		BOA VISTA - RR		BRASILEIRA			
IDENTIDADE 4875885		SSP/RR		Pai		Contato		(95) 99154-4403			
Mãe		JOSE CORREA DE LIMA								Ocupação	
MARIA IVANETE FERREIRA CARIOLANDO											
Endereço		RUA - SILVER - 62 - JOQUEI CLUBE - BOA VISTA - RR									
Class. de Risco		Plano Convênio		N° da Carteira		Validade		Autorização		Ano Prontuário	
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE											
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso Pressão	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA									
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.						Registrado por:	
GRANDE TRAUMA		DEMANDA ESPONTANEA								EDLANA.BRIGLIA	
						Síndrome Efebril / Sintomático Respiratório		<input type="checkbox"/>		Suspeita de Dengue	

Queixa Principal	Acidente de moto com, trazida pelo SAMU, Glasgow 15. com trauma em HIC		
	GSC		TO

Anamnese de Enfermagem

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____^h) BEG, LOTE, AAA,
K: RCH, 2T, BNF, S/S AR MV+ bilateralmente; S/RA

Exame Físico	ÁREA DE SINISTROS - DPMAT CONTEUDO NAO VERIFICADO
--------------	------------------------------------------------------

Hipótese Diagnóstica	27 AGO 2019
----------------------	-------------

SADT - Exames Complementares () TC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS:

<input checked="" type="checkbox"/> RAIO - X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE		APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
PRESCRIÇÃO Prescrevo Vacina antitetânica. A ortopedia		08:40 Susana Coutinho da Silva Técnica de Enfermagem COREN-RR 418.816	

08:40
Susana Coutinho da Silva
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 418.616

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☒ Transferência para: Ortopedia.

☐ Ambulatório

☐ Observação (Até 24h)

☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: _____

óbito Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IMB ☐ Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo Assinatura do Médico

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

© 2010
 340000 - Serisches mit Technologie
 154 - Energiegenuss am Ende
 100 - 2.20 - 01 00 00

Certo para

FX no porta simulador T U Z (E) a 3º 47D (E).

CD: Ao CC.

Cybalotina 2g (GU).

Dr. Henrique Resende



Ata 10.05.19

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 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

BLOCO D

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
4 - NOME DO PACIENTE: Paloma Carolando de Lima
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 707604208261699
6 - DATA DE NASCIMENTO: 28/08/96
7 - SEXO: F
8 - N° DO PRONTUÁRIO: 472601
9 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: Maria Joaquina Ferreira Carolando
10 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO): Rua Silver, 62, Jaquei Clube
11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Boa Vista
12 - COD. IBGE MUNICÍPIO: R.R.
13 - UF: R.R.
14 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
15 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Justurauxputa de T. amigulo + 3° PDD (E)

16 - CONDIÇÕES CLÍNICAS DE INTERNAÇÃO: T. amigulo
17 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS: RX + TC + Ex. Lúrio
18 - CID 10 PRINCIPAL: 04/05/19
19 - CID 10 SECUNDÁRIO: 04/05/19
20 - CID 10 TERCIÁRIO: 04/05/19

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: T. amigulo
22 - CLÍNICA: Chubaria
23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Prognio
24 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 04/05/19
25 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO: 04/05/19

26 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)
27 - CNPJ DA SEGURADORA:
28 - CNPJ DA EMPRESA:
29 - CNPJ DO TRABALHADOR:
30 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:
31 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
32 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 04/05/19
33 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO: 04/05/19
34 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 0408050578
35 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PACIENTE: 707604208261699
36 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 0408050470

Polina Cavalcante de Lima

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 07/05/19

O.S.:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

INDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

1º aUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Docante em DDM de diagnóstico;
2. AA + CCE
3. LMC axonotico + paragem de 2 parafusos
na paragem de 2 parafusos em modo radial (F)
de 2 parafusos + paragem de FK em
3º PDD de 2 parafusos + sutura + anestesia;
4. A RDA

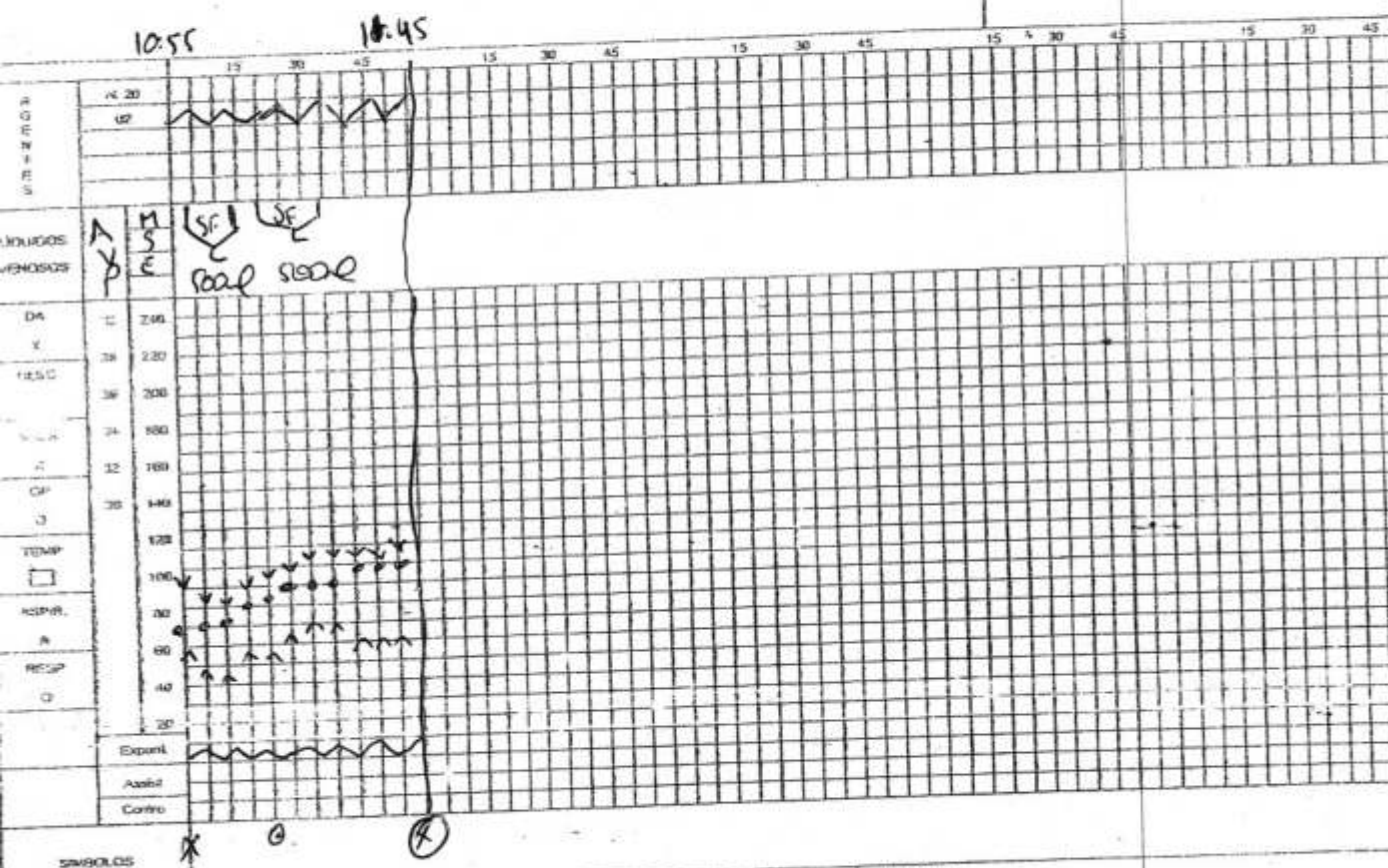
R



FICHA DE ANESTESIA

Plum convolvulus de hirs, 22a

PRÉ-MEDICAÇÃO - DRUGA - DOSE - HORA - EFEITO



AGENTES		DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A	Bupivacaina 0,5% 15mg		Procurar a linha lombosacral L3/L4	X Check list + monitorização
B	Intanal 30mg		mediana, simples, sob ventosa	1. Orelha de a em cm 2/3 em
C	Novum 5mg		apontar	2. Sedação: - Fentil 50mg - Novum 3mg
D				3. Procurar a linha lombosacral L3/L4 com agulha de 26G; LCR claro, límpido; Injeção de bupivacaina 0,5% 15mg
E				4. Cefalotus 2g IV + taxol 40mg IV
F				
G				
GLUCOSE	UROSOL		Cateter - Hizo 1 Oro Faringer	
NDOD			Hizo 1 Oro Faringer - Goga	
SANGUE			Bal - Targ - Cateter de Tubo	
			Solo Mucosa	
			Diluição Técnica NÃO	
			TEMPO DE ANESTESIA	
			50 min	
SF 1.000 ml				
TOTAL 1000 ml				
OPERAÇÃO			Tartarugo - Espasmo - Excesso Soro	
Redução de Fratura Rododactilo @			Depressão Respiratória - Hipoxia	
			"Bucking" - Vômito	
			Tato de Agulha - Arteria	
			Tato de Agulha - Córneo	
			PERDA SANGÜEA	
ANESTESIA				
Ana Ana Ana				
CÓRGO				
De Agulha				

Dr. Ana Paula
2 anos 11 R1
Dr. Ana Paula Thomé
Médica Anestesiologista
CRM-PR 1000

An circles for R_1

5. Dexamethasone long IV
to Diprion 2g IV
7. Enamelo = SEPA



FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

22 anos
NOME DO PACIENTE: Patricia Carolomundo de Lima APT OU LEITO: 22 Nº DO PRONTUÁRIO: 107105114 DATA: 10/07/2014

CIRURGIA: Limpeza cirurgica + osteos de tornozelo TIPO: Ortopedia TEMPO DE DURAÇÃO: INICIO: 11:15 FIM: 12:00 TEMPO TOTAL: 45
CIRURGIÃO: D. Requeno ANESTESISTA: D. APA Paula
2º AUXILIAR: D. R. F. F. F. RES. ANESTESIA: D. C. B. S.
3º AUXILIAR: D. R. F. F. F. INSTRUMENTADOR: D. C. B. S.
CIRCULANTE: D. P. P. P. P. P.

DE ANESTESIA: <u>Raquim</u>			TEMPO DE DURAÇÃO:		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
<input type="checkbox"/>	PCT'S COMPRESSAS C/03 UNID.		<input type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL N°	
7	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON N° 3.0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
1	LAMINA BISTURI N° 21			FIO CATGUT SIMPLES N°	
	DRENO DE SUÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°	
	DRENO DE PENROSE N°			FIO SEDA N°	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO	
7	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA	
1	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
<input type="checkbox"/>	ELETRODO			OUTROS:	

1 eletrodo + 1 cateter de drenagem + Alcolina + 200ml
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS
INSTRUMENTADOR(A): [assinatura] ENFERMEIRA CHEFE: [assinatura]
FUNCIONÁRIO/CALCULOS: [assinatura] CIRCULANTE DE SALA: [assinatura]
DEBITAR NA C.C DO PACIENTE: [assinatura]
MATERIAL MEDICAMENTOS: [assinatura]
SUB- TOTAL: [assinatura]
TAXA DE SALA: [assinatura]
TAXA DE ANESTESIA: [assinatura]
SOMA: [assinatura]
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE



NOME: Paloma Cavalcanti de Lira

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Data: 07.06.15
Idade: 22

Clareza:
() Alteração () U.T. 1
() Interação () U.T. 2
Cirurgia Proposta: experi-
ada

1. Informações:
() Torção () Pré-anestésico
() Adesão () Intracath
() Banho () Sangue
() Alergia () Cardiopatia
() Exames () Jasmático
() Outros: sem exa-
de san-
de

2. Estado Emocional/ Mental
() Depressa () Satisfeito
() Agitado
Outros: Anise

3. Sinais Vitais:
T: 36.5 °C F: 98.6 bpm
PA: 100/60 mmHg
SAT: 98 % R: 18 rpm
() Regular () Irregular

4. Condições da Pele:
() FFA () Ferimento
() Escar () Queimado
() Mar () Interstoma
() Bolha () Contusão
() Lapa () Interstoma
() Pálida () Jantificação
() Lesão () Lapa
T: 36

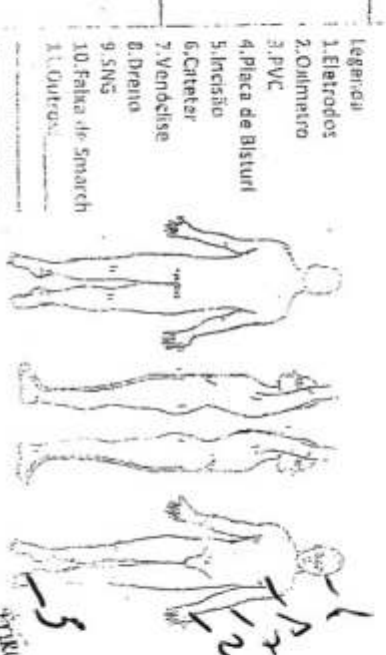
TRANSOPERATÓRIO

Entrada na Sala de Cirurgia: 1035 11:15
Início da Anestesia: 1055 12:00 12:30
Saída S.O.: 1035 11:15 1055 12:00 12:30

Cirurgia Realizada: Resectomia
Anestesia: Resectomia
Hidratação: Infusão
Infusão: NaCl 0.9% 1000ml
SG a 10%: 1000ml
Dose: 100
Plasma: 100

Outros: 100
Nº de compressas oferecidas: 100
Nº de compressas recolhidas: 100
Sinais Vitais:
T: 36.5 °C P: 98 bpm
SAT: 98 % R: 18 rpm
() Regular () Irregular
() Agitado () Satisfeito
FC: 98 bpm PA: 98/60 mmHg

Exames na SG: () Ht () Hb () Hemograma () R-X K
() Outros:

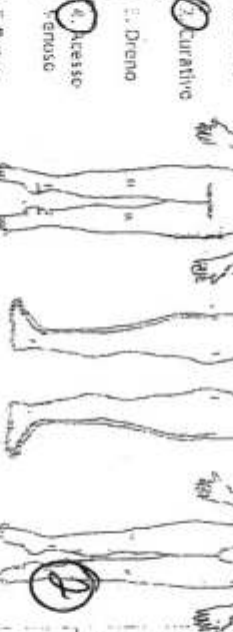


Legenda:
1. Eletrodos
2. Otimetro
3. PVC
4. Placa de Bisturi
5. Incisão
6. Cateter
7. Vendelise
8. Dreno
9. SNG
10. Faixa de Snares
11. Outros:

SRPA

Cirurgia Realizada: Resectomia
Anestesia: Resectomia
Saída S.O.: 1035 11:15 1055 12:00 12:30

Outros: 100
Nº de compressas oferecidas: 100
Nº de compressas recolhidas: 100
Sinais Vitais:
T: 36.5 °C P: 98 bpm
SAT: 98 % R: 18 rpm
() Regular () Irregular
() Agitado () Satisfeito
FC: 98 bpm PA: 98/60 mmHg



Exames na SG: () Ht () Hb () Hemograma () R-X K
() Outros:

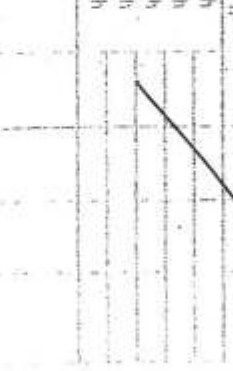


Legenda:
1. Eletrodos
2. Otimetro
3. PVC
4. Placa de Bisturi
5. Incisão
6. Cateter
7. Vendelise
8. Dreno
9. SNG
10. Faixa de Snares
11. Outros:

SRPA

Cirurgia Realizada: Resectomia
Anestesia: Resectomia
Saída S.O.: 1035 11:15 1055 12:00 12:30

Outros: 100
Nº de compressas oferecidas: 100
Nº de compressas recolhidas: 100
Sinais Vitais:
T: 36.5 °C P: 98 bpm
SAT: 98 % R: 18 rpm
() Regular () Irregular
() Agitado () Satisfeito
FC: 98 bpm PA: 98/60 mmHg



Exames na SG: () Ht () Hb () Hemograma () R-X K
() Outros:



Legenda:
1. Eletrodos
2. Otimetro
3. PVC
4. Placa de Bisturi
5. Incisão
6. Cateter
7. Vendelise
8. Dreno
9. SNG
10. Faixa de Snares
11. Outros:

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Plene Cavalcado de L. e

ANESTESISTA

IDENTIFICANDO O PACIENTE: **SAÍDA DO ANESTESISTA**
NOME: CONFIRMAR:

1. Sítio Cirúrgico *→ Sugestão*

2. Procedimento *() Sim (X) Não*

3. Identificação do paciente *Emergência*

4. Sítio Cirúrgico *Emergência*

5. Histo se aplica

6. Histo se aplica

7. VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA

8. EXAME DE PULSO NO PACIENTE EM

9. O PACIENTE POSSUI:

10. () Sim, Qual:

11. ABREJA DEFICIÊNCIA DE ASPIRAÇÃO

12. () Sim, Qual:

13. () Não se aplica

14. () Não se aplica

15. () Não se aplica

16. () Não se aplica

17. () Não se aplica

ANTES DA INCISÃO

Anestesia *Are Paula*

SAÍDA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

1. Identificação do paciente

2. Sítio cirúrgico

3. Procedimento

4. () REVISÃO DO CIRURGIÃO:

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

5. (X) REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

6. () REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

7. () Não se aplica

8. () Não se aplica

9. () Não se aplica

10. () Não se aplica

11. () Não se aplica

12. () Não se aplica

13. () Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (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

(X) Sim () Não () Não se Aplica

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

() Sim () Não (X) Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

() Sim (X) Não

() O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE

() Sim () Não () Não se Aplica

() Sim () Não () Não se Aplica

() Sim () Não () Não se Aplica

() Sim () Não () Não se Aplica

() Sim () Não () Não se Aplica

() Sim () Não () Não se Aplica

() Sim () Não () Não se Aplica



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA NEURO CIRURGIA

Tipo Cirurgia:

OSTEOS DE TORNOZELO (E)
em articulação

Data: 02/05/19 Nº. DO PRONTUÁRIO: _____

Paciente: Paloma CARVALHO DELIMA Idade: _____

Bloco: GT Enfermaria: _____ Leito: _____

Caixa: Pequena PRABMOTO Nº: _____

Circulante: ISAMIA Sala: _____

Conferencia Expurgo CME: _____

Material Utilizado:

Poropores Espuma 35 1
45 1

Dr. Rogério L. P. Dias
Médico
Ortopedista e Traumatologista
CRM 1205-RR / QRE-114

Médico Responsável

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME

MACA 4 Bloco B - M

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <u>Patricia Cavalcante de Lima</u>					
DIAGNÓSTICO <u>FX Ex parte TVE (E) + 3° PDD (E)</u>					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	04/05/19
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia				I
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H (Sua presc)				18:00 NT
4	TILATIL 20mg 12/12hs				18:00 NT
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				18:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gls) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				18:20
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				18:20
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				18:20
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				18:20
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Netuno
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	Clonidine 600mg (60) 3/3h				18:20
16	Ciprofloxacino 400mg (60) 12/12h				18:20
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:

3 bloco para programação cirúrgica

Obs: Paciente admitida às 14:10 procedente do e.e. em POT de osteossíntese de TVE E. Consciente, orientada, ar ambuati. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem.

Francisco Alencar Rodrigues
COREN-RR 353.432 - ENF

SINAIS VITAIS	PA	PO	TC	FR
6 H	101/62	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, pact no bloco, sem
quixas, adm. medicações
e Alencar Rodrigues.

Cilda Aparecida de Sousa Silva
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 781.366 IE



GOV. DO ESTADO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

MACA 3

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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		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				SW
2	SF0,9% 500ML EV				12
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				SW
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H				18-24-06
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				18-24-06
15	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8HRS				18-24-06
16					
17					
18					
19					
20					
<p>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</p>					

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	36,5
18 H	91/64	94	19	36,5
24 H	100x66	99	19	36,3°C

06 H - 98x60 98 39 36°C

Dr. Marcos Aguiar
Residência em Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1995

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

Enfermagem:		Leitor:	
DN: / /		Sexo: () F () M	
Nome Completo:			
Hipótese Diagnóstica:			
Alimentação ou Prescrição: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerosol () Gotícula - perfusões			
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 NEUROLÓGICO		SISTEMA CARDIOVASCULAR	
() Consciente () Orientado () Desorientado	() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico EC: _____	() Sonolento () Torpido () Comatoso	() Hipotensão () Hipertensão PA: _____
() Agitado () Reage a estímulos () Não reage	() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico	Pulsos: _____	
PUPILAS		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL	
() Isotérmica () Mióticas () Midriáticas	() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT () NPT	Acentuação da dieta: () Sim () Não () Parcial	
() Isotérmica () Anisocóricas () Não reagentes	() Normotensão () Hipotensão () Hipertensão	Evacuações: () Presente () Ausente () Obstipação () Melena	
REGULAÇÃO TÉRMICA		Constipação () Ausente	
() Integridade () Hipotérmico () Hipertérmico	() Normal () Diarreia () Constipação () Melena	Fluxos: () Presente () Ausente	
() Perda () Petecia () Píexia	REGULAÇÃO ABDOMINAL		
() Hipopiraxia	() Normotensão () Distendido () Globoso () Flácido	() Ascítico () Maciço () Impulsivo	
CARACTERÍSTICAS DA FELE		Ruidos Hidroacústicos: () Sim () Não FO: () Sim () Não	
() Hidratada () Desidratada () Ressecada	Visceromegalias: () Sim () Não		
() Termotórada () Hipocorada () Hipercorada	SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		
() Anisotérmica () Isotérmica () Cianótica	() Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria		
() Edema Local: _____	() Poliúria () Disúria () Colúria () Hematúria		
Última por pressão: () Sim () Não	() Cistostomia () Irrigação contínua () Uropen		
Curativo realizado: () Sim () Não	SISTEMA RESPIRATÓRIO		
() Espirreico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico	() Ar ambiente () Traqueostomia		
Oxigenoterapia: () Sim () Não	Qual: _____		
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES			
Cateter Periférico: () Sim () Não	Local: _____	Data: _____	Trocar em: _____
Cateter Central: () Sim () Não	Local: _____	Curativo realizado em: _____	Trocar em: _____
Sinais de infecção no sítio de punção:	() Sim () Não	() Lavagem () Sifonagem	
Sondas: () Sim () Não () SNG	() SOG () SNE () SOE () GTT	Quantidade: _____	
Dreno de: _____	Aspecto da secreção: _____	Trocar em: _____	
Cateter Vesical: () Sim () Não	Data da instalação: _____	Local: _____	
Prótese: () Sim () Não	Tipo: _____		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
() Deglutição Prejudicada	() Padrão respiratório Ineficaz	() Risco de Lesão por Pressão	
() Risco de infecção	() Ventilação espontânea prejudicada	() Risco de Quedas	
() Risco de nutrição desequilibrada	() Mobilidade física prejudicada	() Risco de Broncoaspiração	
() Risco de glicemia instável	() Risco de integridade da pele prejudicada	() Eliminação urinária prejudicada	
() Risco de desequilíbrio no volume	() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	() Risco de constipação	
() Volume de líquidos excessivo	() Padrão de sono prejudicado	() Comunicação deficiente	
() Volume de líquidos deficiente	() Déficit no autocuidado para Higiene		
Escala de Morse			
1. História 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		
Não/Acamado/Auxiliado 0	6. Estado Mental		
Sim 15	Orientado/limitado/conhece as limitações 0		
4. Consciência/Ansiedade	30 Superestima capacidade/esquece limitação 15		
Modificado Parado 30	Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior que 45		
TOTAL: _____	Risco Baixo: 0 - 24		
Prescrição para prevenção de queda no verso			

Maca 1

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



DATA DE ADMISSÃO		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	09/05/2019	
ITEM				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SMS
2	SF0,9% 500ML EV			12
4	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12HR OU 1 CP 500MG VO 12/12HR			12
7	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N			12
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			12
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H			12
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			12
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			12
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			12
13	CURATIVO DIÁRIO			12
14	SSVV + CCGG 6/6 H			12
15	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8HRS			12
16	BUSCOFAM COMP VO OU EV 8/8 HS			12
17				12
18				12
19				12
20				12
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				

Jose Rivaldo de Santana
MÉDICO
CRM-RR 932

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	90/55	85	SPR	36,4°C
18 H	90x 62	89	20	36,4°C
24 H	defeito de funcionamento			

Coleta de Exames HGR
DATA 10 / 05 / 19
Pela

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

Bloco:	Data:	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo:	DN: / /	Sexo:	() F () M
Hipótese Diagnóstica:			
Isolamento ou Precaução:	() Sim () Não	() Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - 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 NEUROLÓGICO () Consciente () Orientado () Desorientado () Sedado () Torpido () Comatoso () Agitado () Reage a estímulos () Não reage		SISTEMA CARDIOVASCULAR () Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico BC: _____ () Normotenso () Hipotenso () Hipertenso PA: _____ () Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico Pulso: _____	
PUPILAS () Fotorreagente () Mióticas () Midríaticas () Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL () VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT () NPT Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia () Normal () Diarreia () Constipação () Melena Flatos: () Presente () Ausente	
REGULAÇÃO TÉRMICA () Afebril () Hipotérmico () Hipertérmico () Febril () Febre () Pirexia () Hiperpirexia		REGULAÇÃO ABDOMINAL () Normotenso () Distendido () Globoso () Flácido () Ascítico () Maciço () Timpânico Ruidos hidroaéreos: () Presente () Ausente Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não	
CARACTERÍSTICAS DA PELE () Hidratada () Desidratada () Ressecada () Normocorada () Hipocorada () Hiperacorada () Anictérica () Ictérica () Cianótica () Aclanótica () Edema Local: _____ Úlcera por pressão: () Sim () Não Região: _____ Curativo realizado: () Sim () Não FO: () SIM () NÃO		SISTEMA URINÁRIO / DIURESE () Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria () Poliúria () Disúria () Colúria () Hematúria () Cistostomia () Irrigação contínua () Uropen	
SISTEMA RESPIRATÓRIO () Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ambiente () Traqueostomia Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual: _____			
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES			
Cateter Periférico: () Sim () Não Cateter Central: () Sim () Não Sinais de Infecção no sítio da punção: Sondas: () Sim () Não () SNG Dreno de: _____ Cateter Vesical: () Sim () Não Prótese: () Sim () Não		Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____ Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____ () Sim () Não () SOG () SNE () SOE () GTT () Lavagem () Sifonagem Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____ Data da instalação: _____ Trocar em: _____ Tipo: _____ Local: _____	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
() Deglutição Prejudicada () Risco de infecção () Risco de nutrição desequilibrada () Risco de glicemia instável () Risco de desequilíbrio do volume () Volume de líquidos excessivo () Volume de líquidos deficiente		() Padrão respiratório ineficaz () Ventilação espontânea prejudicada () Mobilidade física prejudicada () Risco de integridade da pele prejudicada () Risco de desequilíbrio na temperatura corporal () Padrão de sono prejudicado () Déficit no autocuidado para Higiene	
ESCALA DE MORSE			
1. Histórico de Queda Não 0 Sim 25		4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado Não 0 Sim 20	
2. Diagnóstico Secundário Não 0 Sim 15		5. Marcha/Deambulação Normal/Sem deambulação/Acamado 0 Fraca 10 Comprometida/Cambaleante 20	
3. Auxílio na Deambulação Nenhum/Acamado/Auxiliado 0 Muleta/Bengala/Andador 15 Mobiliário Parede 30		6. Estado Mental Orientado/limitado/conhece as limitações 0 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			

GOVERNO DE
RORAIMAHOSPITAL 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	2808/96
PACIENTE	PALOMA CARIOLANDO DE LIMA				Enno de data
AGNÓSTICO	FX EXPOSTA BIMALEOLAR E + 3PDD E				
ALERGIAS		HAS		DM2	09/05/19
IDADE	22	LEITO	MACA 1	DATA	10/05/2019
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SW
2	SF0,9% 500ML EV S/N				SW
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				SW
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H				12 18 24 06
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				08 16 24
15	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8HRS				
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			

Marcos Aguiar
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1995Pg, LOTE, 51 sem Flange, recolo
alto de encaixe no HGR

Ord	Hora	Setor	ÓBITOS	Sex	LD	Rub
01	:	412-3	Majno Marcos Caurer (Óbito no GT)	M		
02	:	412-2	Orbis Alberto Monteiro (Óbito no GT)	SUSPENSO		
03	:					
04	:					
05	:					

Transferências recebidas				Sex	LD	Rub
01	22:30	401.1	Paulo Alves de Sousa	M	SUS	Lucia
02	:					
03	:					
04	:					
05	:					
06	:					
07	:					
08	:					
09	:					
10	:					

ALTAS				Sex	LD	Rub
01	:	404-5	João Ricardo Costa Andrade	M		
02	:	414-3	Anderson Fernando Pinto de Nogueira	M		
03	:	404-1	Valeria Cavalcante de Lima	F		
04	:	404-2	Edinaldo Leite Oliveira	M		
05	:	4052	Silvana Pereira Pinz	F		
06	:	4092	Viviane Almeida	F		
07	:	4046	Artur Brito da Silva	M		
08	:					
09	:					
10	:					
11	:					
12	:					
13	:					
14	:					
15	:					

Sumário			
1- Paciente do dia anterior: 37	3- Altas: 01		
2- Internações: 01	4- Transferências enviadas: 01		
3- Transferências recebidas: 01	5- Óbitos: 01		
Total :1,2e3=		Total 3,4e5= 29	

Admissões e saídas no mesmo dia:

Data: 10/05/19	Luciana Lorite M. Andrade Enfermeira COREN-RR 139237 Enfº. Responsável	HOSPITAL GERAL DE ROBATIMA Av. Bríg. Eduardo Gomes, S/N Novo Planalto - Tel (35) 3431-8620 AUTENTICAÇÃO 19 JUN 2019
----------------	---------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CR= Classificação de Risco.
LD= Leito de destino.

Assinatura não confere

Certificado de óbito presente
copie e cola no Original
que ficará neste Hospital



PALOMA C. LIMA

HOSPITAL CORONEL MOTA

8239

26/07/2019

Wilson

76.4 %



E



PALOMA CARIOLANDA DE L.

5693

HOSPITAL CORONEL MOTA

30/05/2019

Fabiola Castro

65,5 %



EMERGÊNCIA
GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO ALMOGARÃO ROCHA
PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO



RECEITUÁRIO

NOME: Paloma Cristiane de Sá

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Lacerda 2000 - Botafogo - RJ

000000

1- Cipreflaxacin 500g

Tomar 1g 12/18h por 10d

2- Clindamicina 300g

Tomar 1g 8/18h por 10d

30g

3- Dapsona 500g

Tomar 1g 8/18h

30g

DATA 10/05/19

ASSINATURA E CARIMBO
DR. MARCELO ROCHA
CRM RJ 1585