

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

[Início](#) [Ações 1º Grau](#) [Ações 2º Grau](#) [Parecer](#) [Citações](#) [Intimações](#) [Audiências](#) [Sessões 2º Grau](#) [Buscas](#) [Estatísticas](#) [Outros](#)

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2631851020200211152709

Processo 0834476-24.2019.8.23.0010 - (104 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
Realces Realçar Movimentos de: <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência					
Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
Filtros Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Defensor Público <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor					
Sequencial (Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento (Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/>					

28 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 28

500 por pág. 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE			
28	11/02/2020 15:27:09	Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (05/02/2020)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
		28.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2665787IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALJUR01.pdf
		28.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2665787IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALJURAnexo021.pdf
		28.3 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2665787IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALJURAnexo022.pdf
LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA			
27	06/02/2020 08:48:10	(Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 06/02/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 23) JUNTADA DE LAUDO (05/02/2020) e ao evento de expedição seq. 24.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
DECORRIDO PRAZO DE PALOMA CARIOLANDO DE LIMA			
26	06/02/2020 00:05:18	(P/ advgs. de PALOMA CARIOLANDO DE LIMA *Referente ao evento (seq. 7) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (05/12/2019) e ao evento de expedição seq. 10.	SISTEMA CNJ
EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO			
25	05/02/2020 14:32:29	Para advogados/curador/defensor de PALOMA CARIOLANDO DE LIMA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 23) JUNTADA DE LAUDO (05/02/2020)	LUIZ EUGENIO BRAMBILA Analista Judiciário
EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO			
24	05/02/2020 14:32:29	Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 23) JUNTADA DE LAUDO (05/02/2020)	LUIZ EUGENIO BRAMBILA Analista Judiciário
JUNTADA DE LAUDO			
PRAZO DECORRIDO			
22	23/01/2020 00:09:36	Sem Resposta - (Referente a(o) MANDADO determinado pelo evento PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE(05/12/2019). Parte: PALOMA CARIOLANDO DE LIMA	SISTEMA CNJ
JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE			
21	09/01/2020 16:02:31		JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08344762420198230010

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **PALOMA CARIOLANDO DE LIMA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESSENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS).**

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 7 de fevereiro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

NAME
PALOMA CARIOGLANDO DE LIMA

DOC. IDENTIDADE CÓD. EMISSOR/UF
4875985 SSP RR

CPF
028.908.022-30 DATA EMISSÃO
28/08/1996

MUNIC.
JOSÉ CORRÊA DO LIMA

MARIA EVANETE Sampaio
CARIOGLANDO

PERMISSÃO
3817693591 P.A.C.
3817693591 CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
06817693591 VALIDADE
16/09/2021 PRIMARIAÇÃO
24/03/2017

OBSEVAÇÕES

Paloma Carioland do Lima

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA, RR DATA DE EMISSÃO
28/08/2018

(Assinatura) ANTONIO FRANCISCO RESENHA MARQUES
DIRTOR PRESIDENTE
DETRAN-RR
35066344616
PR209519171

ASSINATURA DO EMISSOR

RORAIMA

DEMATERIAIS CONTABIL

PROIBIDO PLASTIFICAR
1745529538

ÁREA DE SINISTROS - DPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 AGO 2019

GEENTE SEGURADORA S/A
Av. Ceará José Barreto, 404 - Boa Vista - RR



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. RENAVAN 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

PF/S/MOTOCICLETA/N.º APLIC.

COMBUSTÍVEL

ALCOOL/ÁLCO

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 *

A *

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)

10F (R\$)

R\$ 0,7

PRÉMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

03/08/2017

ASSINATURA

DEPOIMENTO

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

DETAN-RR

LOCAL

DATA

BOA VISTA-RR

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

30/08/2019
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

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: Barra 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):

 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) 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)

(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-DRVAT 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 filhos? 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

 Imprópria
 digital da
 Vítima
 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, 15 de Agosto 2019

Paloma Coriolando de Lima

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

ERG 001 1/003/2010

TESTEMUNHAS

27 AGO 2019

DAMS: 543845

INVALIDEZ: 54384

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 014079/2019-A02

DADOS DO REGISTRO

Dez/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

Até: Delegacia de Acidentes de Trânsito

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

Endereço:

Município: Boa Vista (RR)
 Logradouro: 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)
1011: 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: Sem informação

Endereço:

Município: Boa Vista - RR
 Logradouro: RUA SILVER
 Bairro: 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: Jovem

Nome da Mãe: Maria das Graças Gomes Feitosa

Endereço:

Município: Boa Vista - RR
 Logradouro: RUA LEÃO
 Bairro: 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: Solteira (a)
 Escolaridade: Ensino Médio Completo

Nome da Mãe: Maria vaneta Ferreira Carolando

Nome do Pai: Jose Correa de Lima

Pai/mãe (a):

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 028.906.022-30

Endereço:

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

Página 1 de 3

Simp

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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. Cidade Jardim Bento, 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/Carroceria/Caminhon
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 2012/201
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 2012/201
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 RIREITO 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 042000903

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000903
Responsável pelo Aprendizado

ASSINATURAS

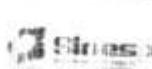
16/08/2019

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

Paloma Cariolando de Lima

Paloma Cariolando de Lima
(Comunicante / Vítima / Envolvido)

"O delegado ou o agente de polícia responsável pelo boletim é o único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei e fiz, conforme o previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



069123

Vtr	SUCP	Data	S/Setor	H/Transm	H/ini	CH/h	H/Fim
134	13001	07.05.19	LESTE	08h08	08h08	07.13	10h00
Cód. Oc	Cód. Prov	Cód. Ser. Prest		Km/ini		Km/Fim	
1001 / 1003	1306 / 13999	13023		129.565		129.573	

Av/Rua:		CORRÉNCIA		Ref.:
1 Envelhido		PESSOAS RELACIONADAS		
Nome: Gabriel Wesley dos Santos		Bairro:		
Endereço: Rua Silveira, 62 - Jockey Club		Idade: 26		E. Civil: Casado
Ed. RG: 26752655112		CNH: 05245287173		Profissão:
2 Envelhido		Nome: Paloma Coriolano de Lima		Idade: 22
Endereço: Rua Silveira, 62 - Jockey Club				E. Civil:
Ed. RG: 18758655112		CNH:		Profissão:
3 Envelhido		Nome: Maria das Graças Gomes Furtado		Idade: 67
Endereço: Rua São Conrado, 101, apto 11-103 - Cidade				E. Civil: Viúva
Ed. RG: 21060135112		CNH:		CPF: 199116-1234567
4		Nome:		Profissão:
Endereço:		CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		Idade:
Ed. RG:				E. Civil:
5		Nome:		Profissão:
Endereço:		27 AGO 2019		Idade:
Ed. RG:		obligatório a identificação		E. Civil:
6		Nome:		Profissão:
Endereço:		CIA DE SEGURO DIA		Idade:
Ed. RG:		Av. João Goulart, 461 - Centro		E. Civil:
7		Nome:		Profissão:
Endereço:		CIA DE SEGURO DIA		Idade:
Ed. RG:		Av. João Goulart, 461 - Centro		E. Civil:

ARMAS, OBJETOS, VALORES, MATERIAIS, APREENDIDOS		
Arma de fogo	Objeto Alvo/Objeto	
Carabina M16	Local e data	
1000 munições	Local e data	
1000 munições necessárias	Local e data	
→ Que é a regra isto é do batalhão (Centro chefe)	Local e data	
CARACTERÍSTICAS DOS VEÍCULOS ENCONTRADOS		
OK	PIRE	POLÍCIA MILITAR - PR CFC-F2-F3
RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADOS	LIBER	CONFIRME COM ORIGINAL
	P1808	BAIA 1210-17
		Pris

TENNS. — VENDEA.

40.9553

COURT

4764

ASSINATURA

2010

Postgrat

610

RELATOR



FOLHA DE ATENDIMENTO
BRAVO I

UNIDADE:

EQUIPE: Tec. TacimorNº 0768

Paciente: PAULINA CANIO LARANJA DE LIMA Idade: 22 Sexo: feminino
 Nacionalidade: Brasileira Raça: Branca Negra Parda 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	<u>07:50</u>	<u>90/60</u>	<u>95</u>	<u>20</u>	<u>98</u>	—	—	—
Fim	<u>8:10</u>	<u>95-60</u>	<u>110</u>	<u>100</u>	—	—	<u>2</u>	<u>15</u>

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

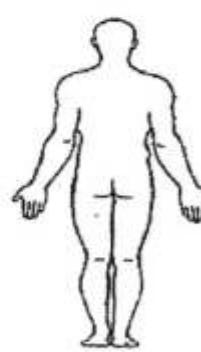
LESÃO IDENTIFICADA	ABERTURA OCULAR
<input checked="" type="checkbox"/> Dor	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea
2 - Hematoma	3 - Ao comando
3 - Contusão	2 - À dor
4 - Escoriação	1 - Sem resposta
5 - Laceração	
6 - Luxação	
7 - Fratura fechada	
8 - Fratura exposta	
9 - Amputação	
10 - Evisceração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



ÁREA DE SINISTROS - DIREITO
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 AGO 2018

CENTE SEGURADORA SA
Av. Rio Branco, 464 - Boa Vista



1,4

1,8

AVALIAÇÃO CARDIÁCA	AFEÇÃO 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	PEQUENA	MÉDIA	SEVERA	ÚLTIMO
<input checked="" type="checkbox"/> Nexo	<input type="checkbox"/> Pequena	<input type="checkbox"/> Média	<input type="checkbox"/> Severa	<input type="checkbox"/> Último

Eder Rodrigo F. Ribeiro
 Cirurgião Geral
 CRM/RR 1275

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

MEIOS AÇÃOVIDOS	POLÍCIA MILITAR	GUARDA MUNICIPAL	SMTRAN
<input type="checkbox"/> Cancelamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento / <input type="checkbox"/> Hospitalização	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Não se encontrava no local	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Trote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SAMU 192-BV
 CONFERE COM
 ORIGINAL

Em 09/08/19

Bombeiros
 PM
 Outros:
Rubrica

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:	RG:	
ENTE SEGURODORA S/A Av. Cláudio Júnio 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 n° <u>20</u>	<input type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp n°	<input type="checkbox"/> Acesso intraósseo					
MEDICAMENTOS PRESCRITOS							
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
Tiatisil 60 Mg Dipirona 800	40	EV	08:06				
SPO8V - 10	5.000	E	08:06				
material							

03 compressa 01 RL
 03 Atadura 10cm 01 SPO8V 500
 03 pct. gases 03 Pares lura G
 03 SPO8V - 250 OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS
01 Par lura P.
02 molas curvas

Às 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 contatado IERs já citado em figuras, comunicado ao médico regulador e guia do 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



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Enzo Góes, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Imp. Estadual: 24.007 (223-3)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regras especiais da impressão autorizada pela SEFAZ/SEBRAE

Para contato
consegue informar
este número

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

SEU CÓDIGO

0074024-1

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 Multa/Correção	1.000		Próxima Leitura: 22/08/2019
Consumo Médio	211		Emissão: 19/07/2019
Consumo P. Hurado	211	FCAM	Apresentação: 22/07/2019

NORMAIS		33	
Classe/Endereço	Unidade	Número Medidor	Ponto
RESIDENCIAL	B1	13LD003155M 1505137	1.1.1.2
HISTÓRICO kWh			
Mês/ano consumo			
JUN/19	173	CONSUMO	211 A R\$ 0,764602 = 161,33
MAI/19	226	CORREÇÃO MONETARIA DA 04/19-00	0,15
ABR/19	205	CORREÇÃO MONETARIA IG 04/19-00	1,97
MAR/19	204	MULTA POR ATRASO DE I 04/19-00	1,97
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		
TOTAL CONSUMO:			
0 H 211 - 0,764602			
DESCRÍÇÃO DA CONTA			
CONSUMO 211 A R\$ 0,764602 = 161,33			
CORREÇÃO MONETARIA DA 04/19-00			
CORREÇÃO MONETARIA IG 04/19-00			
MULTA POR ATRASO DE I 04/19-00			
JUROS DE MORA POR ATR 04/19-00			
MULTA POR ATRASO 04/19-00			
JUROS DE MORA DE IMPO 04/19-00			
ILUMINACAO PÚBLICA			

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

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

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO

RESERVADO AO FISCO FC7F UEEC 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

GENTE 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 Lorrão 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, 11111</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 Lorrão 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	

1901106505		07/05/2019 08:24:30	FICHA DE ATENDIMENTO			TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	3
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	Data Emissão F	Sexo SOLTEIRO(A)PARDA	Naturalidade BOA VISTA - RR	Nacionalidade BRASILEIRA	
Mãe MARIA IVANETE FERREIRA CARIOLANDO				Paiz JOSE CORREA DE LIMA		Contato (95) 99154-4403	Ocupação	
Endereço RUA - SILVER - 62 - JOQUEI CLUBE - BOA VISTA - RR								
Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira		Validade	AutORIZAÇÃO	Data Automação		
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.		Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
Setor GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTÂNEA			Procedimento Sol.	Registrado por: EDLANA.BRIGLIA			
Queixa Principal <i>Acidente de moto com, trazida pelo SAMU, Glasgow 15. com trauma em M12</i>								
Anamnese de Enfermagem				GSC AO: 1234	TOTAL RV: 12345 MRV: 123456			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 11 h) BEG, LOTE, AAA, X1, X2, 2T, BNF, SXS AP MV+ bilateralmente, G1/R4.								
Exame Físico			ÁREA DE BIMESTRÓS - DP/MAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO					
Hipótese Diagnóstica			27 AGO 2019					
SADT - Exames Complementares			CENTR. SEGUROADORA SIA SANGUE, JATO BLANCO, URINA		ECG	OUTROS:		
<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X	<input type="checkbox"/> ULTRA-SON	<input type="checkbox"/> TC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> APRAZAMENTO 08:40	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"/> Ambulatório					
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica			<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)					
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido			<input type="checkbox"/> Internação					
<input type="checkbox"/> Alta a Revelia			Data e Hora da Saída/Alta:					
<input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: Ortopedia								
Óbito			<input type="checkbox"/> IML - Anatomia Patológica					
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família								
Certifico que este é o original Assinatura: <i>[Assinatura]</i> Local: <i>[Local]</i> Data: <i>19/05/2019</i>								
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N Novo Horizonte Tel (95) 2130-0620 AUTENTICAÇÃO								

Assinatura do Paciente ou Responsável

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

Carimbo Assinatura do Médico

Carimbo de Autografia de
F. Ribeiro
Geral
1275

* Claro pra mim

FX we pronta de avaliar T N Z

(E)

2º

222

(E)

CD: Ao CC.

Cefalotina 2g GU.

DR. Fernando Reimundo
Médico de Família

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 AGO 2019

CENTE SEGURADORA S/A
Av. Presidente Jânio Quadros, 404 - Boa Vista - RJ

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

2 - CNES

3 - CNES

BLOCO D

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

1 - NOME DO PACIENTE
Paloma Cariolando da Lima

5 - N° DO PRONTUÁRIO

172601

2 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
707604208261699

3 - DATA DE NASCIMENTO
28/08/96

9 - SEXO

F

4 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Maria Ivonete Ferreira Cariolando

11 - FONE DE CONTATO
D. 99 9999-9999

12 - ENDERECO (RUA, N°, BARRA)

Rua Silver, 62, Jockey Club
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Boa Vista

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

R, RT

15 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura exposta de T12 e T13 + 3º PDS

ÁREA DE BIMESTRES - DIVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 - CONDIÇÕES CLÍNICAS NA INTERNAÇÃO

27 AGO 2019

Fractura T12 e T13 + 3º PDS

GENTE SEGURADORA SIA

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES

20 - EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

RX + TC + Ex. Frac

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO (CÓD. DE RAZAS ASSOCIADAS)

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura T12 e T13 + 3º PDS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fractura T12 e T13 + 3º PDS

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CÓD. F. DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

Chico Júnior Cariolando

() CNS

() CPF

Dr. Fábio

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE E ASSISTENTE

Chico Júnior

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

04/05/19

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

35 - CNPJ DA SEGURODA

37 - N° DO BILHETE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

36 - CNPJ EMPRESA

38 - SÉRIE

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

37 - CHAMADA DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

38 - EMPREGADO

40 - APOSENTADO

() EMPREGADO

() AUTÔNOMO

() NÃO SEGURO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

39 - EMPREGADO

40 - APOSENTADO

41 - NÃO SEGURO

45 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

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

() CNS

() CPF

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

() CNS

() CPF

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

() CNS

() CPF

46 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS

() CPF

47 - N° DA AUTORIZAÇÃO

() CNS

() CPF

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS

() CPF

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO

() CNS

() CPF

50 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS

() CPF

51 - N° DA AUTORIZAÇÃO

() CNS

() CPF

52 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS

() CPF

53 - N° DA AUTORIZAÇÃO

() CNS

() CPF

54 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS

() CPF

55 - N° DA AUTORIZAÇÃO

() CNS

() CPF

56 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS

() CPF

57 - N° DA AUTORIZAÇÃO

() CNS

() CPF

58 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS

() CPF

59 - N° DA AUTORIZAÇÃO

() CNS

() CPF

60 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS

() CPF

61 - N° DA AUTORIZAÇÃO

() CNS

() CPF

62 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS

() CPF

63 - N° DA AUTORIZAÇÃO

() CNS

() CPF

64 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS

() CPF

65 - N° DA AUTORIZAÇÃO

() CNS

() CPF

66 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS

() CPF

67 - N° DA AUTORIZAÇÃO

() CNS

() CPF

68 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS

() CPF

69 - N° DA AUTORIZAÇÃO

() CNS

() CPF

70 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS

() CPF

71 - N° DA AUTORIZAÇÃO

() CNS

() CPF

72 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS

() CPF

73 - N° DA AUTORIZAÇÃO

() CNS

() CPF

74 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS

() CPF

75 - N° DA AUTORIZAÇÃO

() CNS

() CPF

76 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS

() CPF

77 - N° DA AUTORIZAÇÃO

() CNS

() CPF

78 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS

() CPF

79 - N° DA AUTORIZAÇÃO

() CNS

() CPF

80 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS

() CPF

81 - N° DA AUTORIZAÇÃO

() CNS

() CPF

82 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS

() CPF

83 - N° DA AUTORIZAÇÃO

() CNS

() CPF

84 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS

() CPF

85 - N° DA AUTORIZAÇÃO

() CNS

() CPF

86 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS

() CPF

87 - N° DA AUTORIZAÇÃO

() CNS

() CPF

88 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS

() CPF

89 - N° DA AUTORIZAÇÃO

() CNS

() CPF

90 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS

() CPF

91 - N° DA AUTORIZAÇÃO

() CNS

() CPF

92 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS

() CPF

93 - N° DA AUTORIZAÇÃO

() CNS

() CPF

94 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS

() CPF

95 - N° DA AUTORIZAÇÃO

() CNS

() CPF

96 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS

() CPF

97 - N° DA AUTORIZAÇÃO

() CNS

() CPF

98 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS

() CPF

99 - N° DA AUTORIZAÇÃO

() CNS

() CPF

100 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS

() CPF

101 - N° DA AUTORIZAÇÃO

() CNS

() CPF

102 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS

() CPF

103 - N° DA AUTORIZAÇÃO

() CNS

() CPF

104 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS

() CPF

105 - N° DA AUTORIZAÇÃO

BOLETIM OPERATÓRIO

Patema Camolando de Lima

Data: 04/05/19 OS: _____

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

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGÃO: Dr. Rogério

2º AUXILIAR: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESISTAS: _____

INÍCIO: _____

1º auxiliar: Dr. Fernando D

INSTRUMENTADORA: _____

ANESTESIA: _____

ANESTÉSICO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Docente um DDM vale resguardo;

2. AF + CC;

3. h MC axônios + paroxysm de 2 profuse

e pectoral vale fuso instrumento um manguito radial

vai central manguito pico + paroxysm de FK um

3º PDD vale controlar manguito pico + interna + externa;

u. A RDA

Dr. Rogério
HGR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Administração Participativa dos Bairros"

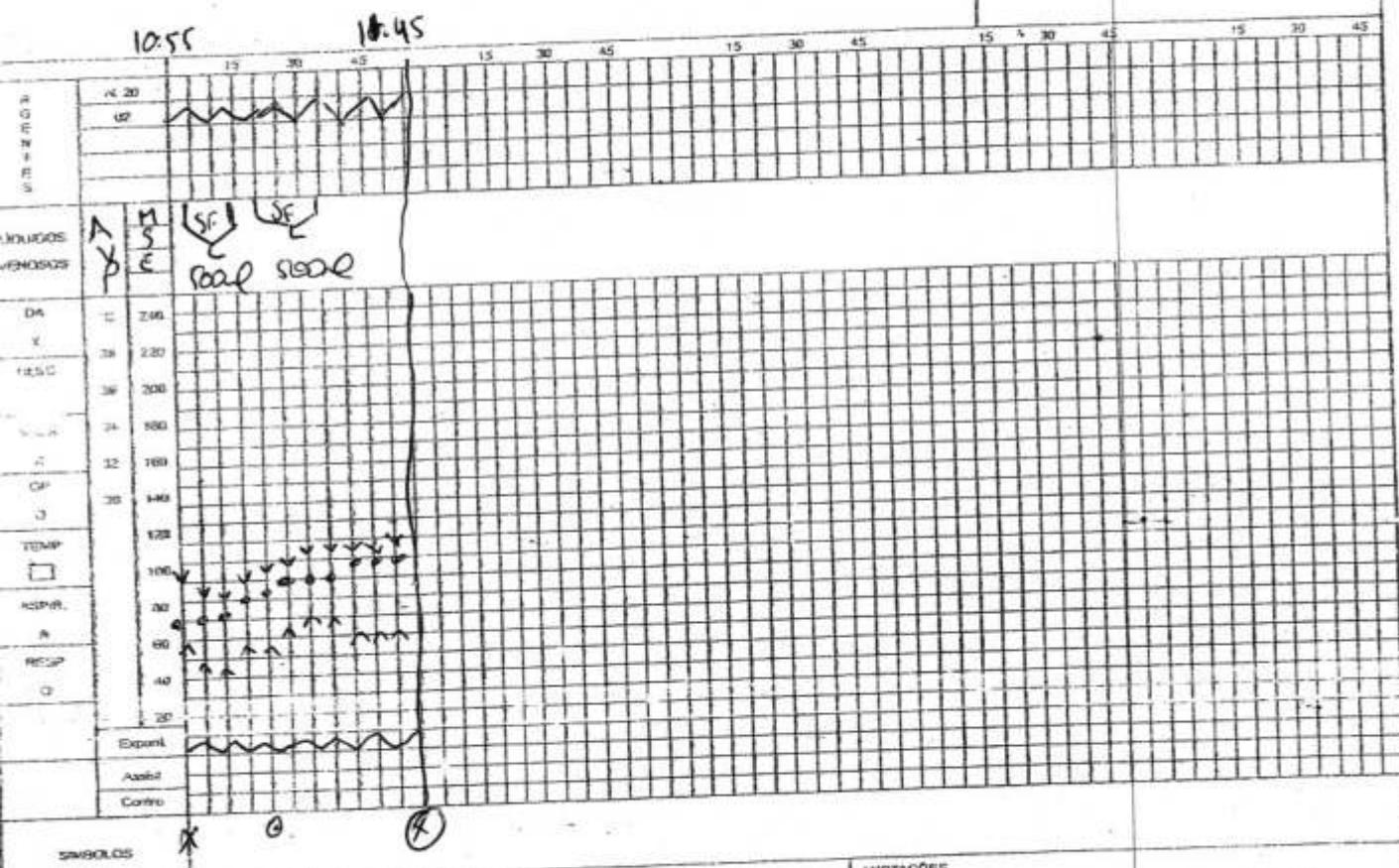
MACA - 1

FICHA DE ANESTESIA

07/05/19

Pelos convulsos de hns, 22a

PRÉ-MEDICAÇÃO - DRUGA - DOSE - HORA - EFEITO



AGENTES	BUPRENOR 0,51 15mg Fentanil 50mcg Xyram 5mg	DOSES	TECNICA	ANOTAÇÕES
E	1	7	[]	x Chock wt + monitorizar 1. Ofth de a em CN 26mm 2. sedolalorina: - Fentanil 50mcg - Xyram 5mg 3. Neuraxstix lomb 1/2 L3/L4 com Agulha Quincke N° 26G; LCR clara, limpida; Injeçõe de carburovaca 0,57 mg 4. Cefalotins 2g IV + taekim 400g IV
G	GLUCOSE	URIMOCIS	Cauda - Moini Oro Faringea Minoi/Orbitrapar - Cega Bol - Tens - Cálculo de Tubo Sola Mônica	
H			Dilatada Técnica N/A	
I	SF 1.000 ml		TEMPO DE ANESTESIA	
J	TOTAL 1.000 ml	50'000		
OPERACAO	Reduzir dr fratura Pedobrachio ()			
ANESTESIA	Dra Ana Paula Thomé	COLEGIO	Dr Rogério	PERDA SANGUINEA
	R. Carlos Jr R1			
	Dra. Ana Paula Thomé Médica Anestesiologista CRM-RR 1000			

Dra Ana Paula Thomé
Médica Anestesiologista
CRM-RR 1000

R. Carlos Jr R1

5. Dexanetetas 10mg IV
6. Diflunis 2g IV
7. Encamilo c SPPA



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

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

CIRURGIA

TIPO

INICIO

FIM

TEMPO DE DURAÇÃO

TEMPO TOTAL

LIMPEZA CIRURGICA + OSTEOTOMIA
DE TORAX

TYPE MEDICA

ANESTESISTA:

RES. ANESTESIA:

INSTRUMENTADOR

D APA Paula
D Carlos

CIRURGIA

D Requena

D Rili Fumando

D AUXILIAR

D AUXILIAR

DE ANESTESIA:

Rogério

QUANT.

MATERIAIS

VALOR

QUANT.

CIRCULANTE

TEMPO DE DURAÇÃO:

MEDICAMENTOS

VALOR

QUANT.

PCT'S COMPRESSAS C/ 03

0

FRASCOS - SORO FISIOLOGICO

R\$

UNID.

PACOTES GAZE

FRASCOS - SORO RINGER LACTADO

LUVA ESTERIL 7.0

FRASCOS - SORO GLICOSAIDO

LUVA ESTERIL 7.5

FIO VICRYL N°

LUVA ESTERIL 8.0

FIO MONONYLON N° 3.0

LUVA ESTERIL 8.5

FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°

LUVAS P/ PROCEDIMENTOS

FIO ALGODÃO COM AGULHA N°

LÂMINA 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/ OSSO

SERINGA 05 ML

KIT CATARATA

SERINGA 10ML

GLOFOAM

SERINGA 20ML

FITA CARDIACA

OUTROS:

D ELETRO

1 catrôn 02 obreavista descarramento T Alumin + 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

Elika
S RUMO

TAXA DE SALA

TAXA DE ANESTESIA

SOMA

FUNCIONÁRIO/CALCULOS

CIRCULANTE DE SALA

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE

SANE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

CENTRO CIRÚRGICO/SRPA



Limpeza muscular toracor. de Tornozelo

SRPA

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Data: 07/06/19

Hr. Mag. Idade: 22

Clínica: U.T.I. 1
Internação: U.T.I. 2
Outros:

Cirurgia proposta: Ex. 2
anapexa

1. Informações:
- Nefum () anestésico
- Jóles () intrakarath
- Bexilo () Sanguine
- Atrofia () Cardiopatia
- Exames () Asmaático
- Outros: Scu exa

2. S. e S.:

Entrada na Cirurgia: Sim
S. S. 0.9%: Nodex

SG a 10%: Dose: 24

Outros: Infusão: 500 ml
Hidratação: Antibiótico: Norfipenidum Cl: 8

3. Anestesia:

N.º de compressas oferecidas: 1

Sinais vitais:

T: 36,5 °C

SAT: 100 %

FC: 75 bpm

RR: 18 respir

IP: open

PA: 93 mmHg

SpO₂: 98

Plaquetas:

4. Anatomia Patológica:

5. Sonda:

6. Drenos:

7. Outros:

8. S. e S.:

9. S. e S.:

10. Folia de Sinais:

11. Outros:

12. S. e S.:

13. S. e S.:

14. S. e S.:

15. S. e S.:

16. S. e S.:

17. S. e S.:

18. S. e S.:

19. S. e S.:

20. S. e S.:

21. S. e S.:

22. S. e S.:

23. S. e S.:

24. S. e S.:

25. S. e S.:

26. S. e S.:

27. S. e S.:

28. S. e S.:

29. S. e S.:

30. S. e S.:

31. S. e S.:

32. S. e S.:

33. S. e S.:

34. S. e S.:

35. S. e S.:

36. S. e S.:

37. S. e S.:

38. S. e S.:

39. S. e S.:

40. S. e S.:

41. S. e S.:

42. S. e S.:

43. S. e S.:

44. S. e S.:

45. S. e S.:

46. S. e S.:

47. S. e S.:

48. S. e S.:

49. S. e S.:

50. S. e S.:

51. S. e S.:

52. S. e S.:

53. S. e S.:

54. S. e S.:

55. S. e S.:

56. S. e S.:

57. S. e S.:

58. S. e S.:

59. S. e S.:

60. S. e S.:

61. S. e S.:

62. S. e S.:

63. S. e S.:

64. S. e S.:

65. S. e S.:

66. S. e S.:

67. S. e S.:

68. S. e S.:

69. S. e S.:

70. S. e S.:

71. S. e S.:

72. S. e S.:

73. S. e S.:

74. S. e S.:

75. S. e S.:

76. S. e S.:

77. S. e S.:

78. S. e S.:

79. S. e S.:

80. S. e S.:

81. S. e S.:

82. S. e S.:

83. S. e S.:

84. S. e S.:

85. S. e S.:

86. S. e S.:

87. S. e S.:

88. S. e S.:

89. S. e S.:

90. S. e S.:

91. S. e S.:

92. S. e S.:

93. S. e S.:

94. S. e S.:

95. S. e S.:

96. S. e S.:

97. S. e S.:

98. S. e S.:

99. S. e S.:

100. S. e S.:

101. S. e S.:

102. S. e S.:

103. S. e S.:

104. S. e S.:

105. S. e S.:

106. S. e S.:

107. S. e S.:

108. S. e S.:

109. S. e S.:

110. S. e S.:

111. S. e S.:

112. S. e S.:

113. S. e S.:

114. S. e S.:

115. S. e S.:

116. S. e S.:

117. S. e S.:

118. S. e S.:

119. S. e S.:

120. S. e S.:

121. S. e S.:

122. S. e S.:

123. S. e S.:

124. S. e S.:

125. S. e S.:

126. S. e S.:

127. S. e S.:

128. S. e S.:

129. S. e S.:

130. S. e S.:

131. S. e S.:

132. S. e S.:

133. S. e S.:

134. S. e S.:

135. S. e S.:

136. S. e S.:

137. S. e S.:

138. S. e S.:

139. S. e S.:

140. S. e S.:

141. S. e S.:

142. S. e S.:

143. S. e S.:

144. S. e S.:

145. S. e S.:

146. S. e S.:

147. S. e S.:

148. S. e S.:

149. S. e S.:

150. S. e S.:

151. S. e S.:

152. S. e S.:

153. S. e S.:

154. S. e S.:

155. S. e S.:

156. S. e S.:

157. S. e S.:

158. S. e S.:

159. S. e S.:

160. S. e S.:

161. S. e S.:

162. S. e S.:

163. S. e S.:

164. S. e S.:

165. S. e S.:

166. S. e S.:

167. S. e S.:

168. S. e S.:

169. S. e S.:

170. S. e S.:

171. S. e S.:

172. S. e S.:

173. S. e S.:

174. S. e S.:

175. S. e S.:

176. S. e S.:

177. S. e S.:

178. S. e S.:

179. S. e S.:

180. S. e S.:

181. S. e S.:

182. S. e S.:

183. S. e S.:

184. S. e S.:

185. S. e S.:

186. S. e S.:

187. S. e S.:

188. S. e S.:

189. S. e S.:

190. S. e S.:

191. S. e S.:

192. S. e S.:

193. S. e S.:

194. S. e S.:

195. S. e S.:

196. S. e S.:

197. S. e S.:

198. S. e S.:

199. S. e S.:

200. S. e S.:

201. S. e S.:

202. S. e S.:

203. S. e S.:

204. S. e S.:

205. S. e S.:

206. S. e S.:

207. S. e S.:

208. S. e S.:

209. S. e S.:

210. S. e S.:

211. S. e S.:

212. S. e S.:

213. S. e S.:

214. S. e S.:

215. S. e S.:

216. S. e S.:

217. S. e S.:

218. S. e S.:

219. S. e S.:

220. S. e S.:

221. S. e S.:

222. S. e S.:

223. S. e S.:

224. S. e S.:

225. S. e S.:

226. S. e S.:

227. S. e S.:

228. S. e S.:

229. S. e S.:

230. S. e S.:

231. S. e S.:

ESTÁNDAR DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INSCRIÇÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Paciente complacente de b...

Anestesista *Ana Paula*

verdadeiro

falso

ENTRADA *Sua Pos. orientada*

verdadeiro

falso

SADA *Sua Pos. orientada*

verdadeiro

falso

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

verdadeiro

falso

1. O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

verdadeiro

falso

2. SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTOS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS

verdadeiro

falso

3. COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE) SE FAZ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

verdadeiro

falso

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

verdadeiro

falso



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA NEURO CIRURGIA

Tipo Cirurgia:

OSTEOS DE TORNOSLO (E)
embarcada

Data: 04/05/19 Nº. DO PRONTUÁRIO: _____

Paciente: Paloma CARVALHO DE LIMA Idade _____

Bloco: 66 Enfermaria _____ Leito: _____

Caixa: Pequeno pramarto Nº _____

Circulante: ISAH MIA Sala _____

Conferencia Expurgo CME: _____

Material Utilizado:

Parafusos Esponjoso 35 /
45 /

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

Médico Responsável

1º Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2º Via - CME

MACA 4 Bônus B - M

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	Patrícia Cavalcante da Silva		
DIAGNÓSTICO	FX Cx/ponta T VZ (E) + 3º PDD (E)		
ALERGIAS	HAS	NEGA	DMZ
IDADE	LEITO		DATA
ITEM	PREScrição		
1	DIETA ORAL UVP.E		
2	AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia		
	CEFALOTINA 1G EV 6/6H (Sua prua)		
4	TILATIL 20mg 12/12hs		
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N		
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gls) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
8	IRANITIDINA 50MG EV 8/8HS		
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		
10	SSV + CCGG 6/6 H		
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG		
14	CURATIVO DIARIO		
15	Cundomicina 600 mg (60) 3/3 h.		
16	Ciprofloxacino 400 mg (60) 12/12 h		
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 admitida às 14:10 procedente do C.E. em P.O.T de osteossíntese de TNZ E. consciente, orientada, ar ambult. Sigue aos cuidados da equipe de enfermagem. *PPB*

Patrícia Alencar Rodrigues
COREN-RR 353.432 - ENF

SINAIS VITAIS	PA	PI	RR	TC
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, paciente no leito, sem
gritarias, com medicamentos
e Aparato *simp* intubado.

MACA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

GOV. DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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		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		
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H		18:00
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		5/12
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N		
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	<p><u>SE DIABÉTICO</u> 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 36.0°C
18 H	91/64	94	19 36.15
24 H	100x66	79	19 36.3°C

06 H - 98 x 60 78 39 36 °C

MACA
Márcio Ribeiro
Aguilar
Traumatologista
CRM-RP 1995

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

Nome:	Data:	Enfermeira:	Leito:	
				Dt: / / Sexo: ()F ()M
Nome Completo:				
Hipótese Diagnóstica:				
Enunciado ou Precaução: ()Sim ()Não ()Padrão ()Contato ()Gotícula-aerosol ()Gotícula - perolantes				
Alergia: ()Sim ()Não Qual (s):				
Necessidade de Intérprete? ()Sim ()Não Qual idioma:				
Possui acompanhante: ()Sim ()Não Obs:				
Deambulação: ()Normal ()Sem deambulação ()Acamado ()Cadeira de rodas ()Fraca ()Comprometida/cambaleante				
SISTEMA NEUROLOGICO				
Consciente	()Orientado	()Desorientado	SISTEMA CARDIOVASCULAR	
Indôado	()Torpido	()Comatoso	()Normocárdico	()Bradicárdico ()Taquicárdico EC: _____
Ajardado	()Reage a estímulos	()Não reage	()Normotensão	()Hipotensão ()Hipertensão PA: _____
PUPILAS				
Reacção:	()Midriásica	()Midriásica	()Piliforme	()Aritmico Pulo: _____
Isoladas	()Anisocônicas	()Não reagentes	ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL	
REGULAÇÃO TÉRMICA				
Hipotérmico	()Hipotérmico	()Hipertérmico	()VO ()SNG/SOG	()SNE/SOE ()GTT ()INPT
Febre	()Febre	()Pirexia	Acetona: ()Sim ()Não	()Parcial
CARACTERÍSTICAS DA PELE				
Desidratada	()Desidratada	()Ressecada	Evacuação: ()Presente ()Ausente	()Defecação ()Micturínia
Hipermotorada	()Hipercorada	()Hipercorada	()Normal ()Diarreia	()Constipação ()Melena
Anárquica	()Anárquica	()Cianótica	Fluxo: ()Presente ()Ausente	
Edemática	()Edema Local: _____		REGULAÇÃO ABDOMINAL	
Última vez pressão: ()Sim ()Não			()Normotensão ()Distendido ()Gástrico ()Flácido	
Regurg.			()Astático ()Maciço ()Impâniaco	
Curetivo realizado: ()Sim ()Não	FO: ()SIM ()NÃO		Huidos Hidroaéreos: ()Presente ()Ausente	
SISTEMA RESPIRATÓRIO				
()Eufnélico	()Bradipnélico	()Taquipnélico	()SNE ()SOE ()GTT	()Oliguria
Oxigenoterapia	()Sim ()Não	Qual:	()Anúria ()Disuríia ()Cohíria ()Hematuria	()Uremia
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES				
Cateter Periférico: ()Sim ()Não	Local: _____	Data: _____	Trocárem: _____	
Cateter Central: ()Sim ()Não	Local: _____	Curativo realizado em: _____	Trocárem: _____	
Sinal de interção no sítio da punção:	()Sim ()Não		Trocárem: _____	
Sondas: ()Sim ()Não ()SNG	()SOG ()SNE ()SOE ()GTT	()Lavagem ()Sifonagem	Quanitidade: _____	
Dreno: _____	Aspecto da secreção: _____		Trocárem: _____	
Cateter Vesical: ()Sim ()Não	Data da instalação: _____		Local: _____	
Próstata: ()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 equilíbrio desequilibrada	()Mobilidade física prejudicada	()Risco de Broncoaspiração		
()Risco de glicemia instável	()Risco de integridade da pele prejudicada	()Eliminação urinária prejudicada		
()Risco de desequilíbrio do 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. Início de Ocorre:				
0	Não	*	0	
25	Sim		20	
Sim				
2. Diagnóstico Secundário				
0	5. Marcha/Deambulação			
15	Normal/Sem deambulação/Acamado	0		
Sim	Fraca	+	10	
	Comprometida/Cambaleante		20	
3. Auxílio na Deambulação				
0	6. Estado Mental			
15	Orientado/limitado/conhece as limitações	0		
Sim				
4. Cadeira/Assento/Andar/Parade				
0	15. Superestima capacidade/escorre/limitação	0		
30	Restrição para prevenção de queda no vaso	15		
TOTAL:	Risco Baixo: 0 - 24	Risco Médio: 25 - 44 (Risco Alto: maior que 45)		

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 (s):				
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	() Pulo Cheio	() Filiforme () 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	() Ausente () Colostomia
() Hiperpirexia			Evacuações: () Presente () Normal () Diarreia () Constipação () Melena	() Ausente
CARACTERÍSTICAS DA PELE				
() Hidratada	() Desidratada	() Ressecada	() Ausente	REGULAÇÃO ABDOMINAL
() Normocorada	() Hipocorada	() Hipercorada	() Normotensão	() Distendido () Globoso () Flácido
() Anictérica	() Ictérica	() Cianótica	() Ascítico	() Maciço () Timpântico
() Aclanótica	() Edema Local: _____	Visceromegalias:		() Ausente
Úlcera por pressão: () Sim () Não			() Sim () Não FO: () Sim () Não	SISTEMA URINÁRIO / DIURESE
Região: _____			() Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria	() Poliúria () Disúria () Colúria () Hematória
Curativo realizado: () Sim () Não	FO: () SIM () NÃO			() Cistostomia () Irrigação contínua () Uropêna
SISTEMA RESPIRATÓRIO				
() Eupneico	() Bradipneico	() Taquipneico	() Dispneico	() Ar ambiente () Traqueostomia
Oxigenoterapia	() Sim () Não	Qual:		
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	() 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 Lesão por Pressão
() Risco de infecção	() Ventilação espontânea prejudicada			() Risco de Quedas
() Risco de nutrição desequilibrada	() Mobilidade física prejudicada			() Risco de Broncoaspiração
() Risco de glicemias instáveis	() Risco de integridade da pele prejudicada			() Eliminação urinária prejudicada
() Risco de desequilíbrio do 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. 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	6. 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
SERVIÇO DE SAÚDE



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	5M
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			



Rs, 6/08/1996 seu Flory, recebe
alta e encaminhado a hem

Ord	Horas	Setor	ÓBITOS	Sex	LD	Rub
01	:	412-3	Manoel Marcos Taylor (Óbito no GT)	M		
02	:	412-2	José Luis Alberto Mendes (Óbito no GT) SUSPEITO			
03	:					
04	:					
05	:					
			Transferências recebidas	Sex	LD	Rub
01	22:30	401.1	Fausto Alves de Souza	M	SUS	Lucia...
02	:					
03	:					
04	:					
05	:					
06	:					
07	:					
08	:					
09	:					
10	:					
			ALTA'S	Sex	LD	Rub
01	:	414-5	Fábio Ricardo Costa Andrade	M		
02	:	2114-3	Anderson Fernando Pinto de Moraes	M		
03	:	414-1	Valomar Valomar de Lima	F		
04	:	414-2	Edinaldo Pente Oliveira	M		
05	:	4052	Siwana Pereira de Moraes	F		
06	:	4092	Viviane Almeida	F		
07	:	4046	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: 10/05/19

Luciana Lorite M. Andrade
 Enfermeira
 COREN-RR 139237
 Enfº. Responsável

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
 Av. Brig. Eduardo Góes, 5/N
 Novo Horizonte Tel: (65) 321-8620
 AUTENTISAME

10/05/2019

Certifico que fui eu, o(a) presente
 e que assinei o documento original
 que se encontra no(a)este Hospital

Cláudia não confere

CR= Classificação de Risco.

LD= Leito de destino.

PALOMA C. LIMA
HOSPITAL CORONEL MOTA

8239

26/07/2019

Vilson

764 %



PALOMA CARIOLANDA DEL.

5693

HOSPITAL CORONEL MOTA

30/05/2019

Fabiola Castro

65.5 %



E





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



RECEITU RIO

NOME: Paloma Curielante de Souza

ÁREA DE BIMISTHOB - DPMAT
CONTÉUDO 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

30g

2- Clindamycin 300g

Tomar 1cp 8h00m por 10d

30g

3- Diflucan 500g

Tomar 1cp 8h00m

DATA 10/09/19

DE MUDAR TECNICO DE ASSISTENTE
ASSINATURA E CARIMBO