

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: ☐ Magistrado ☐ Servidor ☐ Advogado ☐ Membro MP ☐ Defensor ☐ Procurador ☐ Outros ☐ Audiência

Ocultar Movimentos: ☐ Inválidos ☐ Sem Arquivo ☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por: ☐ Advogado ☐ Defensor Público ☐ Entidades Remessa ☐ Magistrado ☐ Procurador ☐ Servidor

Sequencial(Intervalo): ao **Data do Movimento(Período):** à

Descrição:

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

500 por pág.

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
	28	11/02/2020 15:27:09 JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE 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	Público
28.2	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2665787IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALJURAnexo021.pdf	Público
28.3	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2665787IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALJURAnexo022.pdf	Público
27	06/02/2020 08:48:10	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (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
26	06/02/2020 00:05:18	DECORRIDO PRAZO DE PALOMA CARIOLANDO DE LIMA (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
25	05/02/2020 14:32:29	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO 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
24	05/02/2020 14:32:29	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO 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
	23	05/02/2020 14:32:18 JUNTADA DE LAUDO PRAZO DECORRIDO	LUIZ EUGENIO BRAMBILA Analista Judiciário
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
	21	09/01/2020 16:02:31 JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª 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 SESENTA 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

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
DETTRAN-RR

ASSINATURA DO EMISSOR

35866344616
RR209619171

RORAIMA

DETRAN-RR

CENTE SEGURODORA SIA
Av. Cristiano João Batista, 444 - Boa Vista - Foz

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
 VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 905314502	NOME DENILZE CORREA DANTAS		DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSORAS 3142655 SSP RR
		CPF 792.657.152-00	DATA NASCIMENTO 06/03/1979
		FILIAÇÃO JOSE DE SOUZA CORREA	
		EVANGELINA LOBATO DA SILVA	
PROIBIDO PLASTIFICAR 905314502	Nº REGISTRO 04993412311	VALIDADE 20/08/2019	HABILITAÇÃO 31/05/2010
	OBSERVAÇÕES		
	 ASSINATURA DO PORTADOR		
	LOCAL BOA VISTA - RORAIMA	DATA DE EMISSÃO 25/08/2014	
 Denilze Correa Dantas Diretor - Presidente DETRAN RR ASSINATURA DO EMISSOR		59564648026 RR207683212	
DETRAN - RR (RORAIMA)			

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\$0,7 COF (R\$) R\$185,5 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: 028.908.022-30 4 - Nome completo da vítima: Paloma Caridando 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 Caridando de Lima 6 - CPF: 028.908.022-30
7 - Profissão: do uar 8 - Endereço: Rua Silver 9 - Número: 62 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Jaquei Clube 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.313.058
15 - E-mail: adrielpereira.pendencia@hotmail.com 16 - Tel (DDD): (45) 99117-5392

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: ☒ 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
(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 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: 27 AGO 2019
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 - Imagem digital da vítima ou beneficiário não afetado
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, Boa Vista - RR 15 de Agosto 2019

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

Affiliado: 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 CARILANDO 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 Carilando

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

SI

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/Motonet
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 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 Carliolano de Lima (passageira da Motocicleta) Softeram lesão corporal e foram socorridos ao hospital pelo Samu. Era o relato.

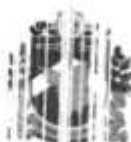
A SENHORA PALOMA COMPARECEU NESTA DELEGACIA PARA ADITAR/ACRESCENTAR ALGUNS DADOS NESSE BOLETIM DE Ocorrência, PARA FINS DE SEGURO DPVAT, O QUE FOI FEITO ACIMA. E N ESSE MOMENTO TAMBÉM SE ABSTÉM DO DIREITO DE REPRESENTAR CRIMINALMENTE. É o aditamento/acréscimo.



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 sou o único(a) 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.



069123

LOCAL DA OCORRÊNCIA

PESSOAS RELACIONADAS

RELATOR

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

2 - Nº do SEGURO QUITA: 3 - Cód. de Vítima: 028.908.022-30 Nome completo de vítima: Paloma Cavallando de Lima

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

3 - Nome completo: Paloma Cavallando de Lima 6 - CPF: 028.908.022-30

7 - Profissão: do lar 8 - Endereço: Rua Bifur 9 - Número: 62 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Jardim Belém 12 - Estado: RR 13 - Cidade: Boa Vista 14 - CEP: 69.343-058

15 - E-mail: adrianoarista.pendence@helfmail.com 16 - Telefone: (95) 99117-5392

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 dor do fim de direito, 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 POUPANÇA (somente para beneficiários. Adicione uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (fórmula bancária)

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

AGÊNCIA: 3023 CONTA: 04138 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/rar m ao 30 de Setembro de 2019 a que eu tiver direito, reconhecendo e sendo, desde já, o somatório das efetivações do crédito, que totaliza o valor de R\$ 2.900,00 (dois mil e noventa reais).

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

Declaro, sob a dor do fim de direito, que estou impedido de solicitar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por não ter condições de comparecer ao IML, devido a minha condição de saúde, e que solicito uma das opções:

☐ 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 realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias corridos.

Pelo motivo acima, solicito o pressuposto da análise da minha condição de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, a ser analisada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às ordens da Seguradora LIDER para verificação de existência e quantificação dos danos permanentes de natureza de transtorno, conforme Lei 6.194/74, art. 24, §1º, e 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 - Saudade Parentesco 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 Vivos: ☐ Vivos ☐ Falecidos 30 - Vítima deixou herdeiros (filhos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se irmão irmão, informar Vivos: ☐ Vivos ☐ Falecidos 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ 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 apresentarem este documento, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da possibilidade criminal prevista no 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: Boa Vista, RR 15 de Agosto 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver): 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 43 - 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*

☒ CELULAR

MOTIVO INICIAL

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

<p>LESÃO IDENTIFICADA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 - Dor 2 - Hematoma 3 - Contusão 4 - Escoriação 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 		<p>ABERTURA OCULAR</p> <ol style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 3 - Ao comando 2 - À dor 1 - Sem resposta <p>RESPOSTA VERBAL</p> <ol style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Orientado 4 - Confuso 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Sem resposta <p>RESPOSTA MOTORA</p> <ol style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos 5 - Localiza a dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Sem resposta
--	--	---

AValiação CARDÍACA

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal | <input type="checkbox"/> FV |
| <input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal | <input type="checkbox"/> TV |
| <input type="checkbox"/> Flutter Atrial | <input type="checkbox"/> AESP |
| <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial | <input type="checkbox"/> Assístolia |

AFECÇÃO CLÍNICA

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Neurológica | <input type="checkbox"/> Metabólica |
| <input type="checkbox"/> Respiratória | <input type="checkbox"/> Infecçiosa |
| <input type="checkbox"/> Cardiovascular | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Digestiva | |

HISTÓRIA PEGRESSA

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Alergias |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatia | <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> HAS <i>Nega</i> | <i>Nega</i> |
| <input type="checkbox"/> Medicação de uso | |

GRAVIDADE COMPROVADA

☒ Não

☐ Pequena ☐ Média ☒ Severa ☐ Óbito

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

MEIOS ACIONADOS

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Polícia Militar |
| <input type="checkbox"/> Guarda Municipal |
| <input type="checkbox"/> SMTRAN |

- INCIDENTES
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cancelamento | <input type="checkbox"/> Hospitalização |
| <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Não se encontra no local | |
| <input type="checkbox"/> Trote | |

AV. LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)

AV. LOCAL DA OCORRÊNCIA (na viatura)

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 Atadura 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 respoorte, 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

Técnicas da Saúde
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 Ene Garçon, 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 Ene Garçon, 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	Endereço	Código Fato
RESIDENCIAL	81	131003153M	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 taxa de reatuação.

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, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Paloma Caridando de Lima

inscrito (a) no CPF sob o Nº 028.908.022

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

inscrito (a) no CPF sob o Nº 028.908.022, 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
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

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

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

1901106505		07/05/2019 08:24:30		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19		3	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF	
PALOMA CARIOLANDO DE LIMA		28/08/1996		22 A 8 M 10 D		707604208261699		02890802230	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo	
IDENTIDADE		4875885		SSP/RR				F	
Mãe		Estado Civil		Raça/Cor		Naturalidade		Nacionalidade	
MARIA IVANETE FERREIRA CARIOLANDO		SOLTEIRO		APARDA		BOA VISTA - RR		BRASILEIRA	
Endereço		Pai		Contato		Ocupação			
RUA - SILVER - 62 - JOQUEI CLUBE - BOA VISTA - RR		JOSE CORREA DE LIMA		(95) 99154-4403					
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autorização	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA						Peso	
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Registrado por:		Pressão	
GRANDE TRAUMA		DEMANDA ESPONTANEA				EDLANA.BRIGLIA			
Queixa Principal		Sintoma Febril		Sintomático Respiratório		Suspeita de Dengue			
Acidente de moto com, trazida pelo SAMU, Glasgow 15, com trauma em HIC		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
Anamnese de Enfermagem		GSC		TOTAL					
		AO: 1 2 3 4		RV: 1 2 3 4 5		MRV: 1 2 3 4 5 6			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : :)		BEG, LOTE, AAA,		K: RCH, 2T, BNF, S/S		4R MV+ bilateralmente, S/RA.			
Exame Físico		ÁREA DE SINISTROS - DPMAT		CONTEÚDO NÃO VERIFICADO					
Hipótese Diagnóstica		27 AGO 2019							
SADT - Exames Complementares		CENTE SEGURADORA SIA		URINA		ECG		OUTROS:	
<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X		<input type="checkbox"/> ULTRA-SON		<input type="checkbox"/> TC		<input type="checkbox"/> SANGUE		<input type="checkbox"/> OUTROS:	
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO					
Prescrição Vacina antitetânica.		08:40		Susana Coutinho da Silva		Técnica de Enfermagem		COREN-RR 418.816	
A ortopedia									
Condução		Ambulatório		Observação (Até 24h)		Internação		Data e Hora da Saída/Alta:	
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Alta a Revelia		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
<input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: Ortopedia.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
óbito		Antes do 1º Atendimento?		Destino:		Família		IMU Anatomia Patológica	
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Assinatura do Paciente ou Responsável		Carimbo		Assinatura do Médico					
				Carimbo		Assinatura do Médico			

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

© 2019
SUSCET - Soluções em Tecnologia
Tua - Hospital Geral de Roraima
RUA - SILVER - 62 - JOQUEI CLUBE - BOA VISTA - RR



1901106505

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: 172601
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 amogulos + 3º PDD (E)
16 - CONDIÇÕES CLÍNICAS DE INTERNAÇÃO: T amogulos Cingrio
17 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): RX + TC + Ex. Lúrio
18 - CID 10 PRINCIPAL: 27.902.00
19 - CID 10 SECUNDÁRIO: 27.902.00
20 - CID 10 TERCIÁRIO: 27.902.00

PROCEDIMENTO SOLICITADO
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: T amogulos Cingrio
22 - CLÍNICA: Autoria Cingrio
23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Rogério
24 - DOCUMENTO: 04/05/19
25 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 04/05/19
26 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 04/05/19
27 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO: 04/05/19

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)
28 - ACIDENTE DE TRABALHO:
29 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO:
30 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJECTO:
31 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:
32 - CNPJ DA SEGURADORA:
33 - CNPJ EMPRESA:
34 - CNPJ DO EMPREGADOR:
35 - CNPJ DO EMPREGADOR:
36 - CNPJ DO EMPREGADOR:
37 - CNPJ DO EMPREGADOR:
38 - CNPJ DO EMPREGADOR:
39 - CNPJ DO EMPREGADOR:
40 - CNPJ DO EMPREGADOR:
41 - CNPJ DO EMPREGADOR:
42 - CNPJ DO EMPREGADOR:
43 - CNPJ DO EMPREGADOR:
44 - CNPJ DO EMPREGADOR:
45 - CNPJ DO EMPREGADOR:
46 - CNPJ DO EMPREGADOR:
47 - CNPJ DO EMPREGADOR:
48 - CNPJ DO EMPREGADOR:
49 - CNPJ DO EMPREGADOR:
50 - CNPJ DO EMPREGADOR:
51 - CNPJ DO EMPREGADOR:
52 - CNPJ DO EMPREGADOR:
53 - CNPJ DO EMPREGADOR:
54 - CNPJ DO EMPREGADOR:
55 - CNPJ DO EMPREGADOR:
56 - CNPJ DO EMPREGADOR:
57 - CNPJ DO EMPREGADOR:
58 - CNPJ DO EMPREGADOR:
59 - CNPJ DO EMPREGADOR:
60 - CNPJ DO EMPREGADOR:
61 - CNPJ DO EMPREGADOR:
62 - CNPJ DO EMPREGADOR:
63 - CNPJ DO EMPREGADOR:
64 - CNPJ DO EMPREGADOR:
65 - CNPJ DO EMPREGADOR:
66 - CNPJ DO EMPREGADOR:
67 - CNPJ DO EMPREGADOR:
68 - CNPJ DO EMPREGADOR:
69 - CNPJ DO EMPREGADOR:
70 - CNPJ DO EMPREGADOR:
71 - CNPJ DO EMPREGADOR:
72 - CNPJ DO EMPREGADOR:
73 - CNPJ DO EMPREGADOR:
74 - CNPJ DO EMPREGADOR:
75 - CNPJ DO EMPREGADOR:
76 - CNPJ DO EMPREGADOR:
77 - CNPJ DO EMPREGADOR:
78 - CNPJ DO EMPREGADOR:
79 - CNPJ DO EMPREGADOR:
80 - CNPJ DO EMPREGADOR:
81 - CNPJ DO EMPREGADOR:
82 - CNPJ DO EMPREGADOR:
83 - CNPJ DO EMPREGADOR:
84 - CNPJ DO EMPREGADOR:
85 - CNPJ DO EMPREGADOR:
86 - CNPJ DO EMPREGADOR:
87 - CNPJ DO EMPREGADOR:
88 - CNPJ DO EMPREGADOR:
89 - CNPJ DO EMPREGADOR:
90 - CNPJ DO EMPREGADOR:
91 - CNPJ DO EMPREGADOR:
92 - CNPJ DO EMPREGADOR:
93 - CNPJ DO EMPREGADOR:
94 - CNPJ DO EMPREGADOR:
95 - CNPJ DO EMPREGADOR:
96 - CNPJ DO EMPREGADOR:
97 - CNPJ DO EMPREGADOR:
98 - CNPJ DO EMPREGADOR:
99 - CNPJ DO EMPREGADOR:

Paloma 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

Dr. [Signature]



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amor à Pátria, Trabalho e Respeito"

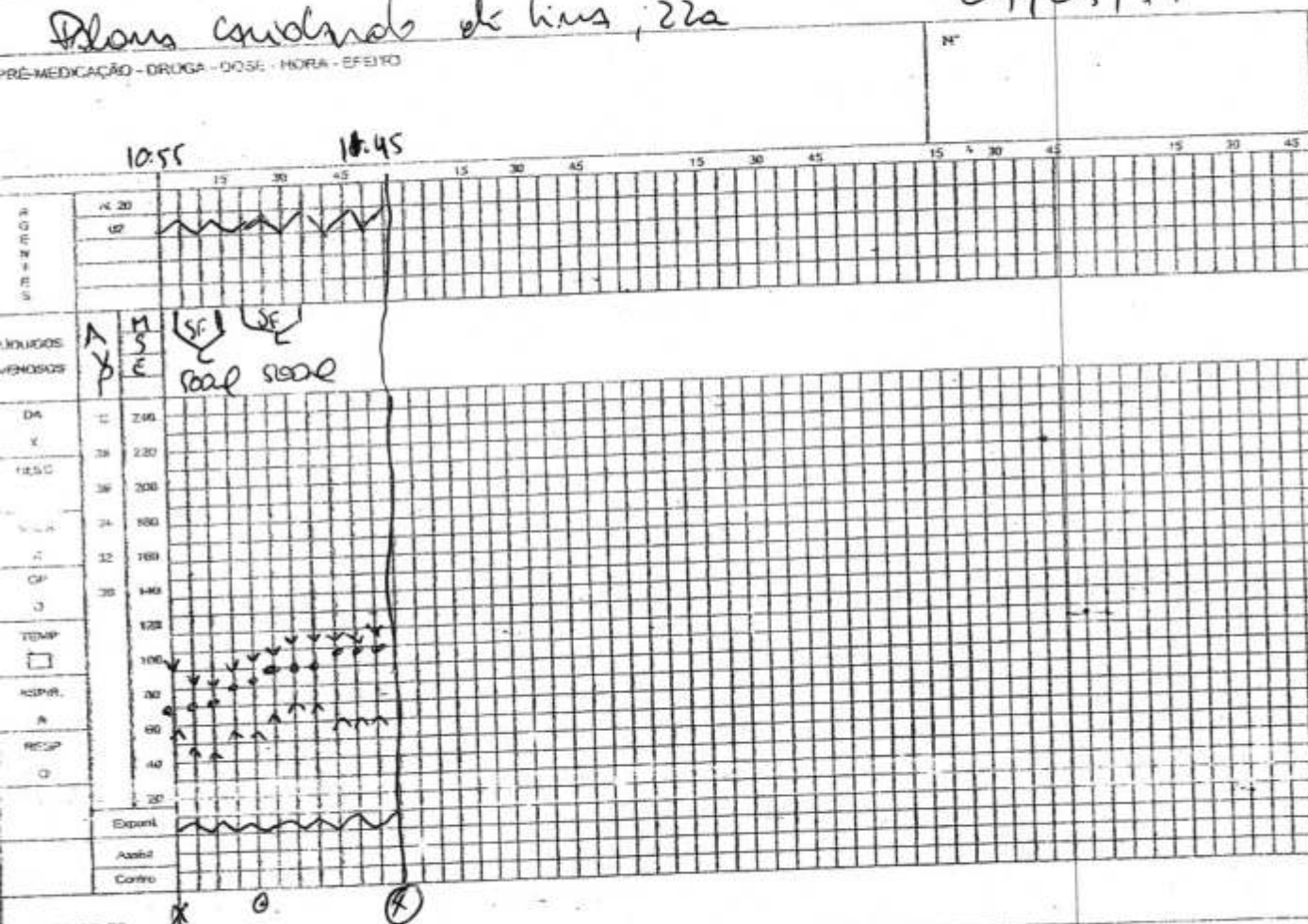
MACA - 1

FICHA DE ANESTESIA

07/05/19

Plano cirúrgico de hirs, 22a

PRÉ-MEDICAÇÃO - DRUGA - DOSE - HORA - EFEITO



AGENTES		DOSES	TECNICA	ANOTAÇÕES	
A	Bupivacaina 0.5% 15mg		Asquianestesia lombar L3/L4	X Check list + monitorização 1. Okta de a em em 21 em 2. sedação sonolenta: - Fentanyl 50mcg - Droperidol 3mg 3. Asquianestesia lombar mto L3/L4 com Agulhas Quincke no 26 G; LCR claro, límpido; Injeção de carboplatin 100mg mto 4. Cefepime 2g IV + taxol 100mg IV	
B	Fentanyl 50mcg		medicação simples, sob ventilação		
C	droperidol 3mg		Asquianestesia		
D					
E				Largura - Espasmo - Excesso Sístole Depressão Respiratória - Hipoxia "Bucking" - Vômito	
F					
G					
H					
I	GLUCOSE	LIQUIDOS	Glucose - H2O / Oro Faríngea	PERDA SANGÜÍNEA	
J			H2O / Oro Faríngea - Cega		
K	INDIC		Bat - Tente - Caldo de Tubo		
L	SANGUE		Solo Mucosa		
M			Diluição Técnica	PERDA SANGÜÍNEA	
N					
O					
P					
Q				PERDA SANGÜÍNEA	
R					
S					
T					
U				PERDA SANGÜÍNEA	
V					
W					
X					
Y				PERDA SANGÜÍNEA	
Z					
				PERDA SANGÜÍNEA	
				PERDA SANGÜÍNEA	
				PERDA SANGÜÍNEA	
				PERDA SANGÜÍNEA	
				PERDA SANGÜÍNEA	
				PERDA SANGÜÍNEA	
				PERDA SANGÜÍNEA	
				PERDA SANGÜÍNEA	
				PERDA SANGÜÍNEA	
				PERDA SANGÜÍNEA	
				PERDA SANGÜÍNEA	
				PERDA SANGÜÍNEA	
				PERDA SANGÜÍNEA	
				PERDA SANGÜÍNEA	
				PERDA SANGÜÍNEA	
				PERDA SANGÜÍNEA	
				PERDA SANGÜÍNEA	
				PERDA SANGÜÍNEA	
				PERDA SANGÜÍNEA	
				PERDA SANGÜÍNEA	
				PERDA SANGÜÍNEA	
				PERDA SANGÜÍNEA	
				PERDA SANGÜÍNEA	
				PERDA SANGÜÍNEA	
				PERDA SANGÜÍNEA	
				PERDA SANGÜÍNEA	
				PERDA SANGÜÍNEA	
				PERDA SANGÜÍNEA	
				PERDA SANGÜÍNEA	
				PERDA SANGÜÍNEA	
				PERDA SANGÜÍNEA	
				PERDA SANGÜÍNEA	
				PERDA SANGÜÍNEA	
				PERDA SANGÜÍNEA	
				PERDA SANGÜÍNEA	
				PERDA SANGÜÍNEA	
				PERDA SANGÜÍNEA	
				PERDA SANGÜÍNEA	
				PERDA SANGÜÍNEA	
				PERDA SANGÜÍNEA	
				PERDA SANGÜÍNEA	
				PERDA SANGÜÍNEA	
				PERDA SANGÜÍNEA	
				PERDA SANGÜÍNEA	
	</				



FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

22 anos
NOME DO PACIENTE: Isabela Carrolando 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. C.
3º AUXILIAR: D. R. F. F. F. INSTRUMENTADOR: D. C. C.
CIRCULANTE: D. P. P. P. P.

DE ANESTESIA: <u>Raqui</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 + Alcatraz + 200 ml
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS
INSTRUMENTADOR(A): [assinatura] ENFERMEIRA CHEFE: [assinatura]
FUNICIONÁRIO/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



Notes

Palaena cariolanda de Lina

DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

TRANSDUCERIO

SNPA

Date: 07/06/19
Haf: 22

Entrada no Salã	Início da Cirurgia	Fim do Anest. da	Termino Cirurgia	Saida S.O.
1035	1115	1055	12:00	12:30

<p> Cirurgia Realizada Omentopexia + Mucosa </p>	<p> Atrofia Mucosa </p>
---	--

JILLIAN VIGGS				
	T	P	PA	SFO2
2h		101		93.1
15'				
240'				

Clarendon

() Engenharia () U.T. 1
 () Internação () U.T. 2
 () Outros: _____
 Curso Proposto: exped.
atrasado

Hidratação Infundir a	Antibiótico- T. 1.5.1.5	Hemoderivados
5F a 0,9% 100ml	Notipolipim CH:	<input checked="" type="checkbox"/>
SG a 10%:	Dose:	Plasma:

	2 nd h	30'	1h	1h30	2h	2+1-
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
49						
50						
51						
52						
53						
54						
55						
56						
57						
58						
59						
60						
61						
62						
63						
64						
65						
66						
67						
68						
69						
70						
71						
72						
73						
74						
75						
76						
77						
78						
79						
80						
81						
82						
83						
84						
85						
86						
87						
88						
89						
90						
91						
92						
93						
94						
95						
96						
97						
98						
99						
100						

1. Informations:

Regum	Pro-anestésico
() Jilac	Intracath
() Barilo	() Sangre
() Alipela	() Cardipata
() Exames	() Asmático
() Oupos	Seu exo

de Sand

Nº de compressas oferecidas: 1 Anamnese Patológica: Não

Nº de compressas recolhidas: 1

Sinais Vitais:

T	°C	P	apm
SAT	<u>100</u> %	R	for
() Regular		() Irrregular	
FC	<u>78</u> bpm	PA	<u>95x55</u> mmHg

Nº pegadas: 0

() Satm

() Cultura

() Outros:

3. Curative
 4. Drenio
 5. Apresso
 6. Remoso

2. Estado funcional/ Mental

```
{ } Chapiro ( ) Sonolento
{ } Festivo
```

Exemples des SQ: () Ht () Hls () Hémogramme () R. et X
() Différentiel

Balanco Patrimonial					
Entradas			Saídas		
Ativo	HV	CH	50G	Dreito	
				Durasse	5MG
					Curratog

James

3.5.2.35 Vitality

Legend

50951

$$PA_{\text{avg}} = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N PA_i$$

$\frac{SA}{\text{of } SA}$	$\frac{\%}{100}$
(Regular)	(Irregular)

3. PVC
4. Placa de Bisturi

4. Condições da Pule:

7. Vendelise
8. Drenio

The diagram illustrates the experimental setup. A subject is seated at a table, looking at a video screen. A camera is positioned above the screen. A target is located on the screen. A horizontal line is drawn on the screen, and a vertical line is drawn through the target. An arrow points from the target to the horizontal line.

() Quilnado

()	Heteratomia
()	Mela
()	Contusian

1. Output

1. The first part of the document is a list of names and dates, which appears to be a record of some kind. The names are written in a cursive script, and the dates are in a more formal, printed style. The list is organized into two columns, with names on the left and dates on the right. The names are: John Smith, James Brown, William Jones, and Thomas White. The dates are: 1810, 1811, 1812, and 1813. The list is followed by a signature, which appears to be "John Smith".

1. *Parasitica* (Jampulagto)

70

The above is a true and correct copy of the original as shown to me by the person who presented it for filing.

Notary Public for the State of New York

My Comm. Expires: 12/31/2011

Notary Seal: Notary Public for the State of New York

Figure 1. A schematic diagram of the experimental setup. The subject is seated in a chair, viewing a screen displaying a target (a red dot) and a starting point (a black dot). The subject's hand is positioned at the starting point, and the distance between the starting point and the target is indicated by a horizontal line. The subject is instructed to move the hand from the starting point to the target.

instrumento elaborado pelos técnicos da COOPENURE – ANM/ 2005 e adaptado pelos primeiros HGR-PAAR-PSFE-RR/2015

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome: Carla Cândido de L. e

Anestesia: At. Local

Local Cirúrgico: (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

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

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

3. 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.

A PROFILAXIA ANTITROMBÓTICA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Não se aplica
☒ Sim, Qual: Depoimento de Hora: 14:00

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

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 ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

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

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

4. 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

Assinatura e Carimbo

Carlos Alberto Jr.
Residência Anestesiologia
CRM-RR 2080

3/5/19

Assinatura

Hora:



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		Taluma Cavalcante de Lima			
DIAGNÓSTICO		Fx Exposta TVE (E) + 3° PDD (E)			
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	04/05/19
ITEM	PRESCRIÇÃO				
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia				
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H (Sua presc)				
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	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	Cindomincina 600mg (60) 3/3h.				
16	Ciprofloxacino 400mg (40) 12/12h				
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 40; 301-350: 60; 351-400: 80; > 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. 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
RORAIMÁ
Hospital Geral de

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	Pulso: _____	
PUPILAS		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL	
() Isotérmica () Mióticas () Midriáticas	() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT () NPT	Avaliação da dieta: () Sim () Não () Parcial	
() Isotérmica () Anisocóricas () Não reagentes	() Normotensão () Hipotensão () Hipertensão	Evacuações: () Presente () Ausente () Obstipação () Melena	
REGULAÇÃO TÉRMICA		Constipação () Ausente	
() Afebril () Hipotérmico () Hipertermico	() Normal () Diarreia () Constipação () Melena	Fluxo: () Presente () Ausente	
() Febril () Pétilo () Pirexia	REGULAÇÃO ABDOMINAL		
() Hipopirrexia	() Normotensão () Distendido () Globoso () Flácido	() Ascítico () Maciço () Impalpável	
CARACTERÍSTICAS DA FELE		Ruidos Hidroacústicos: () Sim () Não FO: () Sim () Não	
() Hiperemaciada () Desidratada () Ressecada	Visceromegalias: () Sim () Não		
() Hiperemaciada () Hiperemaciada () Hiperemaciada	SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		
() Anisotérmica () Edema Local: _____	() Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria	() Polúria () Disúria () Colúria () Hematúria	
Úlcera por pressão: () Sim () Não	() Cistostomia () Irrigação contínua	() Uropen	
Curativo realizado: () Sim () Não	SISTEMA RESPIRATÓRIO		
() Espirítico () 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			
() Degradação 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		
Verbo/Acamado/Auxiliado 0	6. Estado Mental		
Confuso/Ansioso/Ansioso 15	Orientado/limitado/conhece as limitações 0		
Imobilizado/Parado 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			

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 CARDIOVASCULAR			
() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico	BC: _____		
() Normotenso () Hipotenso () Hipertenso	PA: _____		
() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico	Pulso: _____		
SISTEMA NEURÓLOGO			
() Consciente () Orientado () Desorientado			
() Sedado () Torpido () Comatoso			
() Agitado () Reage a estímulos () Não reage			
PUPILAS			
() Fotorreagente () Mióticas () Midríaticas			
() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes			
REGULAÇÃO TÉRMICA			
() Afebril () Hipotérmico () Hipertérmico			
() Febril () Febre () Pirexia			
HIPERPIREXIA			
CARACTERÍSTICAS DA PELE			
() Hidratada () Desidratada () Ressecada			
() Normocorada () Hipocorada () Hipercoorada			
() Anictérica () Ictérica () Cianótica			
() Aclanótica () Edema Local: _____			
Úlcera por pressão: () Sim () Não			
Região: _____			
Curativo realizado: () Sim () Não	FO: () SIM () NÃO		
SISTEMA RESPIRATÓRIO			
() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico			
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 da punção: () Sim () Não	() Sim () Não		
Sondas: () Sim () Não () SNG	() SOG () SNE () SOE () GTT	() Lavagem () Sifonagem	
Dreno de: _____	Aspecto da secreção: _____	Quantidade: _____	
Cateter Vesical: () Sim () Não	Data da instalação: _____	Trocar em: _____	
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 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. 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			

Maca 1



GOVERNO DE RORAIMA

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

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

2 SF0,9% 500ML EV S/N

4 CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12HR OU 1 CP 500MG VO 12/12HR

7 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N

8 PLASIL 10MG EV 8/8H S/N

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

12 SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

13 CURATIVO DIÁRIO

14 SSVV + CCGG 6/6 H

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			

Dr. Marcos Aguiar
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1995

Rg, LOTE, sem Flange, recolo
alto de encaixe no HEN

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

Transferências recebidas				Sex	LD	Rub
Ord	Hora	Setor				
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
Ord	Hora	Setor				
01	:	404-5	João Ricardo Costa Andrade	M		
02	:	414-3	Anderson Fernando Pinto de Nogueira	M		
03	:	404-1	Valéria Cavalcante de Lima	F		
04	:	404-2	Edinaldo Leite Oliveira	M		
05	:	405-2	Silvana Pereira Diniz	F		
06	:	409-2	Viviane Almeida	F		
07	:	404-6	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
cópia e original do Original
que foi emitido neste Hospital



PALOMA C. LIMA

8239

HOSPITAL CORONEL MOTA

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 da Silva

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Lacerda 2000 - Botafogo - RJ

000000

1- Ciprefloracin 500g

Tomar 1g 12/18h por 10d

2- Clindamicina 300g

Tomar 1g 8/8h por 10d

3- Dapsona 500g

Tomar 1g 8/8h

DATA 10/05/19

ASSINATURA E CARIMBO
DR. MARCELO GOMES DE SOUZA
CRM-RJ 1585