

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: 2713172320200514152242
Processo 0834494-45.2019.8.23.0010 - (197 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apenasamentos (0)	Vínculos (0)
Reais					
Realizar 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:					
38 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 38					
500 por pág.					1
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
<input type="checkbox"/>	38 14/05/2020 15:22:42	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (04/05/2020)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
		38.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2665785IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIAL01.pdf	Público	
		38.2 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2665785IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALAnexo02.pdf	Público	
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA			
	37 04/05/2020 15:18:25	(Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 04/05/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 34) JUNTADA DE LAUDO (04/05/2020) e ao evento de expedição seq. 36.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO			
	36 04/05/2020 01:34:45	Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 34) JUNTADA DE LAUDO (04/05/2020)	GEORGIA NAIADE ELUAN PERONICO Analista Judiciária		
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO			
	35 04/05/2020 01:34:45	Para advogados/curador/defensor de JUCIMARA SERRÃO DA SILVA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 34) JUNTADA DE LAUDO (04/05/2020)	GEORGIA NAIADE ELUAN PERONICO Analista Judiciária		
<input checked="" type="checkbox"/>	34 04/05/2020 01:34:36	JUNTADA DE LAUDO	GEORGIA NAIADE ELUAN PERONICO Analista Judiciária		
		DECORRIDO PRAZO DE OFICIAL DE JUSTIÇA FRANCISCO ALENCAR MOREIRA (Para Oficial de Justiça FRANCISCO ALENCAR MOREIRA *Referente ao evento (seq. 23) REGISTRO DE DISTRIBUIÇÃO DE MANDADO(24/01/2020) e ao evento de expedição seq. 26.	SISTEMA CNJ		
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA			
	33 20/03/2020 00:08:30	(Pelo advogado/curador/defensor de JUCIMARA SERRÃO DA SILVA) em 19/03/2020 com prazo de 10 dias úteis *Referente ao evento (seq. 28) RETORNO DE MANDADO (09/03/2020) e ao evento de expedição seq. 30.	SISTEMA CNJ		
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA			
	32 20/03/2020 00:02:06	(Pelo advogado/curador/defensor de JUCIMARA SERRÃO DA SILVA) em 19/03/2020 com prazo de 10 dias úteis *Referente ao evento (seq. 28) RETORNO DE MANDADO (09/03/2020) e ao evento de expedição seq. 30.	SISTEMA CNJ		
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA			
	31 13/03/2020 00:34:00	(Pelo Oficial de Justiça FRANCISCO ALENCAR MOREIRA(Letra automática em 12/03/2020 às 23:59)) em 12/03/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 23) REGISTRO DE DISTRIBUIÇÃO DE MANDADO (24/01/2020) e ao evento de expedição seq. 26.	SISTEMA CNJ		
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO			
	30 09/03/2020 14:15:02	Para advogados/curador/defensor de JUCIMARA SERRÃO DA SILVA com prazo de 10 dias úteis - Referente ao evento (seq. 28) RETORNO DE MANDADO (09/03/2020)	STHEPHANY SIMPLICIO DA SILVA Estagiária		
		JUNTADA DE COMPROVANTE			
	29 09/03/2020 14:14:48	Devolução sem Letra - De MANDADO expedido(a) (seq. 21) em 17/01/2020 - Referente ao evento JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO (13/01/2020). Parte: JUCIMARA SERRÃO DA SILVA	STHEPHANY SIMPLICIO DA SILVA Estagiária		
<input checked="" type="checkbox"/>	28 09/03/2020 11:35:51	RETORNO DE MANDADO Referente ao evento (seq. 21) EXPEDIÇÃO DE MANDADO (17/01/2020 11:55:55). Parte: JUCIMARA SERRÃO DA SILVA	FRANCISCO ALENCAR MOREIRA Oficial de Justiça		
		HABILITAÇÃO PROVISÓRIA	DIEGO MARCELO DA SILVA Analista Judiciária		
	27 06/03/2020 15:58:51	Perito Oficial: FERNANDO BERNARDO DE OLIVEIRA habilitado até 04/06/2020 (90 dias)	GEORGIA NAIADE ELUAN PERONICO Analista Judiciária		
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO			
	26 02/03/2020 13:04:41	Para Oficial de Justiça FRANCISCO ALENCAR MOREIRA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento REGISTRO DE DISTRIBUIÇÃO DE MANDADO (24/01/2020)	GEORGIA NAIADE ELUAN PERONICO Analista Judiciária		
		DECORRIDO PRAZO DE JUCIMARA SERRÃO DA SILVA			
	25 31/01/2020 00:03:51	(P/ advgs. de JUCIMARA SERRÃO DA SILVA *Referente ao evento (seq. 17) JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO (13/01/2020) e ao evento de expedição seq. 19.	SISTEMA CNJ		
		DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A			
	24 29/01/2020 00:11:04	(P/ advgs. de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A *Referente ao evento (seq. 17) JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO (13/01/2020) e ao evento de expedição seq. 18.	SISTEMA CNJ		
		REGISTRO DE DISTRIBUIÇÃO DE MANDADO			
	23 24/01/2020 12:50:57	Distribuição realizada referente ao Mandado expedido (seq. 21) em 17/01/2020 11:55:55. Tipo: Distribuição Inicial Automática. Oficial de Justiça Designado: FRANCISCO ALENCAR MOREIRA. Parte: JUCIMARA SERRÃO DA SILVA	JHEMENSON SANTOS FERREIRA Servidor Central de Mandados		
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA			
	22 24/01/2020 00:00:22	(Pelo advogado/curador/defensor de JUCIMARA SERRÃO DA SILVA) em 23/01/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 17) JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO (13/01/2020) e ao evento de expedição seq. 19.	SISTEMA CNJ		
<input checked="" type="checkbox"/>	21 17/01/2020 11:55:55	EXPEDIÇÃO DE MANDADO Referente ao evento (seq. 17) JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO(13/01/2020 09:56:25). Natureza: Intimação. Parte: JUCIMARA SERRÃO DA SILVA. Identificador do Cumprimento: 0003	GEORGIA NAIADE ELUAN PERONICO Analista Judiciária		
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA			
	20 13/01/2020 17:05:58	(Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 21/01/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 17) JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO (13/01/2020) e ao evento de expedição seq. 18.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO			
	19 13/01/2020 09:56:31	Para advogados/curador/defensor de JUCIMARA SERRÃO DA SILVA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 17) JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO (13/01/2020)	Adahra Catharine Reis Menezes Analista Judiciária		
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO			
	18 13/01/2020 09:56:31	Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 17) JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO (13/01/2020)	Adahra Catharine Reis Menezes Analista Judiciária		
<input checked="" type="checkbox"/>	17 13/01/2020 09:56:25	JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO	Adahra Catharine Reis Menezes Analista Judiciária		
		DECORRIDO PRAZO DE JUCIMARA SERRÃO DA SILVA			
	16 13/12/2019 00:07:20	(P/ advgs. de JUCIMARA SERRÃO DA SILVA *Referente ao evento (seq. 10) JUNTADA DE CERTIDÃO(13/11/2019) e ao evento de expedição seq. 11.	SISTEMA CNJ		
<input checked="" type="checkbox"/>	15 26/11/2019 11:45:54	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE CERTIDÃO (13/11/2019)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA			
	14 21/11/2019 17:31:35	(Pelo advogado/curador/defensor de JUCIMARA SERRÃO DA SILVA) em 21/11/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 10) JUNTADA DE CERTIDÃO (13/11/2019) e ao evento de expedição seq. 11.	MARLON TAVARES DANTAS Advogado		
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA			
	13 13/11/2019 15:19:31	(Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 13/11/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 10) JUNTADA DE CERTIDÃO (13/11/2019) e ao evento de expedição seq. 12.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO			
	12 13/11/2019 11:43:31	Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento JUNTADA DE CERTIDÃO (13/11/2019)	GEORGIA NAIADE ELUAN PERONICO Analista Judiciária		
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO			
	11 13/11/2019 11:43:31	Para advogados/curador/defensor de JUCIMARA SERRÃO DA SILVA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento JUNTADA DE CERTIDÃO (13/11/2019)	GEORGIA NAIADE ELUAN PERONICO Analista Judiciária		
<input checked="" type="checkbox"/>	10 13/11/2019 11:43:24	JUNTADA DE CERTIDÃO	GEORGIA NAIADE ELUAN PERONICO Analista Judiciária		
		JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO		



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08344944520198230010

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 **JUCIMARA SERRAO DA SILVA**, em trâmite perante este Duto 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:

Inicialmente, cumpre ressaltar que o laudo pericial administrativo. é categórico nos quesitos ao informar a **AUSÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)**.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA			Seguradora LIDER Administradora de Seguro DPVAT	
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190385191 Vítima: JUCIMARA SERRAO DA SILVA	Cidade: Boa Vista Data do acidente: 10/09/2018	Natureza: Invalidez Permanente Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 31/07/2019 Valoração do IML: 0 Perícia médica: Não Diagnóstico: TRAUMA LÁCERO CONTUSO NO JOELHO ESQUERDO (LESÃO PARCIAL DO TENDÃO PATELAR). Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA CIRÚRGICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA). P.3 ALTA. Sequelas permanentes: Sequelas: Sem sequela Conduta mantida: Quantificação das sequelas: Documentos complementares: Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETIVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÉUTICA.				
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
		Total	0 %	R\$ 0,00

Logo, resta claro que não há incapacidade permanente.

Assim a ré concorda com a ausência de sequelas e, impugna o ilustre laudo quanto à presença de sequelas no joelho esquerdo, tendo em vista que, anteriormente, em sede administrativa, foi apurada a ausência de sequelas no segmento.

Ora, Exa., não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agregar lesão à parte autora, haja vista que, conforme avaliado administrativamente, o joelho esquerdo possuía amplitude de movimentos preservada, sem a presença de sequelas permanentes.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 12 de maio de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

DESTINO	<input type="checkbox"/> Atendido no local <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento - HGR <input type="checkbox"/> Coronel Mota	<input type="checkbox"/> Pol. Cosme e Silva - PCCS <input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA <input type="checkbox"/> HMINSN	<input type="checkbox"/> Hosp. Das Clínicas/RR - HCR <input type="checkbox"/> Hosp. Lotte Iris - HL <input type="checkbox"/> Outros
CASO CLÍNICO	Declaro, para os devidos fins, que fui devidamente atendido pelo SAMU, recebi as orientações sobre o meu caso, não sendo necessário, no momento, o meu encaminhamento à unidade hospitalar.	Assinatura do Paciente:	RG:

PERTINÊNCIA DO PACIENTE	Description:	
	Name do Receptor:	
	Function of the Receiver:	
	Signature of the Receiver:	
TERMO DE RECUSA	<input type="checkbox"/> I declare for the due purposes that I am refusing the <u>pre-hospital care</u> provided by SAMU/Boa Vista, in this opportunity;	
	<input type="checkbox"/> I declare for the due purposes that I am refusing the <u>transport to hospital</u> provided by SAMU/Boa Vista, in this opportunity;	
	Signature of the Patient:	RG:
	TESTIMONY 01:	RG:
TESTIMONY 02:	RG:	

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO																																																																			
IG p/ semana:	Movimentos fetais:	<i>1 RL 500 mL 2 ptc de compressas</i>																																																																			
Perda de líquido:	BCF:	<i>1 equipo 4 ataduras 20cm</i>																																																																			
<input type="checkbox"/> Com cartão	<input type="checkbox"/> Sem cartão	<i>1 gelco n-16 e 20 esparadrapo</i>																																																																			
<table border="1"> <tr><td>Abertura Ocular:</td><td>Classificação:</td><td>Pontos</td></tr> <tr><td>Fechar os olhos predominantemente à estimulação</td><td>Espontânea</td><td>4</td></tr> <tr><td>Abertura ocular em tom de voz normal ou em voz alta</td><td>Ag. Som</td><td>5</td></tr> <tr><td>Abertura ocular após em estimulação ou extimidação dos dedos</td><td>A. Pressão</td><td>2</td></tr> <tr><td>Desconhecido</td><td>Ausente</td><td>1</td></tr> <tr><td>Autônoma persistente de abertura ocular sem fator de interferência</td><td>Não Testada</td><td>NT</td></tr> <tr><td>Oncos Tachibana devicito a fator local</td><td>Fixação</td><td></td></tr> <tr><td>Resposta Verbal:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Resposta verbal relativamente ao nome, dia e hora</td><td>Orientação</td><td>5</td></tr> <tr><td>Resposta não orientada mas com intenção (severa)</td><td>Confusas</td><td>4</td></tr> <tr><td>Resposta incompreensível (interferência)</td><td>Palavras</td><td>3</td></tr> <tr><td>Aparas gemitos</td><td>Sons</td><td>2</td></tr> <tr><td>Silêncio ou inconsciência (não responde a estímulos)</td><td>Ausente</td><td>1</td></tr> <tr><td>Falta de interação com a comunicação</td><td>Não Testado</td><td>NT</td></tr> <tr><td>Resposta motora:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Contração de membros com 2 estíbulos</td><td>A. propria</td><td>5</td></tr> <tr><td>Elevação da mão acima do nível da clavícula só estimulando os dedos do pé direito</td><td>Localizadora</td><td>5</td></tr> <tr><td>Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, peleira predominantemente não normal</td><td>Flexão normal</td><td>4</td></tr> <tr><td>Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, peleira predominantemente claramente anormal</td><td>Flexão anormal</td><td>3</td></tr> <tr><td>Extensão do membro superior ao nível do cotovelo</td><td>Extensão</td><td>2</td></tr> <tr><td>Ausência de movimento dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência</td><td>Ausente</td><td>1</td></tr> <tr><td>Falta de resposta motora</td><td>Não Testado</td><td>NT</td></tr> </table>		Abertura Ocular:	Classificação:	Pontos	Fechar os olhos predominantemente à estimulação	Espontânea	4	Abertura ocular em tom de voz normal ou em voz alta	Ag. Som	5	Abertura ocular após em estimulação ou extimidação dos dedos	A. Pressão	2	Desconhecido	Ausente	1	Autônoma persistente de abertura ocular sem fator de interferência	Não Testada	NT	Oncos Tachibana devicito a fator local	Fixação		Resposta Verbal:			Resposta verbal relativamente ao nome, dia e hora	Orientação	5	Resposta não orientada mas com intenção (severa)	Confusas	4	Resposta incompreensível (interferência)	Palavras	3	Aparas gemitos	Sons	2	Silêncio ou inconsciência (não responde a estímulos)	Ausente	1	Falta de interação com a comunicação	Não Testado	NT	Resposta motora:			Contração de membros com 2 estíbulos	A. propria	5	Elevação da mão acima do nível da clavícula só estimulando os dedos do pé direito	Localizadora	5	Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, peleira predominantemente não normal	Flexão normal	4	Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, peleira predominantemente claramente anormal	Flexão anormal	3	Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	Extensão	2	Ausência de movimento dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	Ausente	1	Falta de resposta motora	Não Testado	NT	<i>1 SF 250 mL</i>	
Abertura Ocular:	Classificação:	Pontos																																																																			
Fechar os olhos predominantemente à estimulação	Espontânea	4																																																																			
Abertura ocular em tom de voz normal ou em voz alta	Ag. Som	5																																																																			
Abertura ocular após em estimulação ou extimidação dos dedos	A. Pressão	2																																																																			
Desconhecido	Ausente	1																																																																			
Autônoma persistente de abertura ocular sem fator de interferência	Não Testada	NT																																																																			
Oncos Tachibana devicito a fator local	Fixação																																																																				
Resposta Verbal:																																																																					
Resposta verbal relativamente ao nome, dia e hora	Orientação	5																																																																			
Resposta não orientada mas com intenção (severa)	Confusas	4																																																																			
Resposta incompreensível (interferência)	Palavras	3																																																																			
Aparas gemitos	Sons	2																																																																			
Silêncio ou inconsciência (não responde a estímulos)	Ausente	1																																																																			
Falta de interação com a comunicação	Não Testado	NT																																																																			
Resposta motora:																																																																					
Contração de membros com 2 estíbulos	A. propria	5																																																																			
Elevação da mão acima do nível da clavícula só estimulando os dedos do pé direito	Localizadora	5																																																																			
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, peleira predominantemente não normal	Flexão normal	4																																																																			
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, peleira predominantemente claramente anormal	Flexão anormal	3																																																																			
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	Extensão	2																																																																			
Ausência de movimento dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	Ausente	1																																																																			
Falta de resposta motora	Não Testado	NT																																																																			
		<i>6 luvas P</i>																																																																			
		<i>4 !! G</i>																																																																			

laceracao + 25 cm profundade de ± 10 cm

22h46

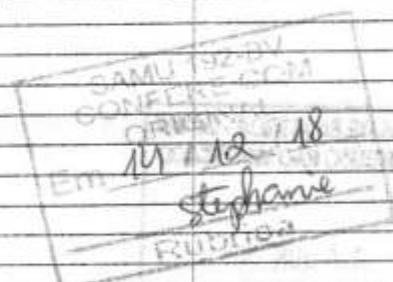
Vítima colidiu moto x carro, encontrada, sentada, pentada, sem capacete, realizando preenchimento + colapso cervical, apresentava do fratura na região de joelho + laceração torno distal do fêmur ± 30 cm com profundidade 10 cm, com exposição de tecido mole. Pele perfurada presente + fúlvula. Realizado protocolo de estabilização + AVP + analgesia, MR ciente e encaminhada ao GT.

Obs: Vanessa S. de Melo
CRM-RR 100066
CORBV-RR 387261

ÁREA DE SINISTROS - DMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitalista 400 - Boa Vista - RR



ASSINATURA E CARIMBO

2019-06-17 10:56:51-0300



CNPJ: 05.829.487/0001-08
ENDERECO ESTADUAL: 20.085.426-3
RUA MELVIN JONES, 218 - SÃO PEDRO - CEP: 99.301-012

ATENDIMENTO CAERR
0800 280 9520
www.caerr.com.br

236128

Maio/2019

Dados do Cliente:

REJANE DA LUZ DE QUEIROZ

RUA LOURIVAL SILVA, 1132 - TANCREDO NEVES
S. BOA VISTA, RR 69300-000

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.014.129.0461.000	17	5703	RESIDENCIAL
Hidrômetro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
V125470725	04/12/2012	LIGADO	LIGADO
LEITURA FAT.	ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)
LEITURA INF.	1376	1394	18
DT. LEITURA	16/04/2019	20/05/2019	34

ULTIMOS CONSUMOS

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição DECRETO FEDERAL N.º 5446 / 2006 D.M.					
AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTRIB	E.COLI
EXIGIDAS	198	198	198	198	198
ANALISADAS	294	294	294	294	294
MÉDIA	294	294	294	294	294
CONFORMES	294	294	294	294	294

DESCRICAÇÃO

	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	18 M3	48,08
ESGOTO	80,0 % DO VALOR DE ÁGUA	38,47
MULTA P/IMPONTUALIDADE 03/2019		0,86

VENCIMENTO:

15/06/2019

TOTAL A PAGAR

87,41

Via do Cliente

Via da ODE



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
206128	05/2019	15/06/2019	87,41

82640000000-4 87410004001-1 00023612801-3 05201970003-9



ÁREA DE SINISTROS - DIPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR



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: 2772091

JOSE HORACIO DO NASCIMENTO

AV GEN ATAIDE TEIVE, 2748 , 02

LIBERDADE

69309000 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1020749	MÊS 04/2019	PERÍODO DE CONSUMO 25-MAR-19 a 24-APR-19
CONSUMO (kWh) 1051	VENCIMENTO 11-MAY-19	TOTAL A PAGAR R\$ 885,79

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 1020749	MÊS 04/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 885,79
--------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836000000080.85790075004.000000001024.074904190050



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 614 - Boa Vista - RR

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Denize Correa Panta inscrito (a) no CPF sob o Nº 792.657.152,00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jucimara Bezerra da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 886.462.972,68, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jucimara Bezerra da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 886.462.972,68, 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 Bairro Email	Cidade	Número Estado Telefone comercial DDD)	Complemento CEP Telefone celular (DDD)
<u>Av. General Staide Teive</u> <u>Liberdade</u> <u>lidorboavista1.pendencia@hotmail.com</u>	<u>Boa Vista</u>	<u>2748</u> <u>RR</u> <u>(95) 99117-5392</u>	<u>02</u> <u>69.309.000</u>

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUN 2019

17/06/2019 de Junho de 2019
Local e Data

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MAILSON DE LIMA LEITE

RG nº 256.570, data de expedição 24/10/2014.
Órgão SSP-RR, portador do CPF nº 002.592.382-01, com
domicílio na cidade de BOA VISTA, no Estado de
RORAIMA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA CB PM JOSÉ TABIRA DE ALÉNCAR MACEDO, nº 443,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima JUCIMARA SERRÃO DA SILVA, cujo o condutor era
BENAIAS SABINO ROCHA.

Veículo: YBR

Modelo: YAMAHA

Ano: 2006

Placa: NAM 2023

Chassi: 9C6KE09106000930

Data do Acidente: 10/09/2018

Local e Data: RUA CARLOS PEREIRA DE MELO 30-03-19 - Boa Vista/RR

MAILSON DE LIMA Leite

Assinatura do Declarante

Benaias Sabino Rocha

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



Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Andrade Neves, 4307 - Av. Beira-Rio - Boa Vista/RR
Fone: (64) 3237-4199
Email: boavista@notariadoaquinon.com.br

RECIFIR1562063542PAKND00FT36 /

Em testemunha da verdade, RBF
De que dou fé Boa Vista/RR, 10 de janeiro de 2019.
Consulte o(s) testemunha(s) abaixo em certidao.portaldalei.com.br
RECIFIR1562063542PAKND00FT36 /

Emolumentos: R\$ 2,39 Fundos: R\$ 0,60 Total: R\$ 2,99



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 414 - Boa Vista - RR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BULLETIN OPERATÓRIO

BULLETIN OPERATÓRIO

ÁREA DE SINISTROS - DPHAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

17 DEZ 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Ceará, 564 - Centro - RR - 66010-000

Jacimara Ferreira
Dr. Soler

11/09/18

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

INDICAÇÃO TÉCNICA MÉDICA

TIPO DE INTERVENÇÃO:

INDICAÇÕES E CONTRAÍNDICAS:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIA:

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Laparoscopia exploratória de
faringo de Paulo César no dia 17-09-2019.
O paciente é homem branco de 30 anos.
Foi realizada laparoscopia exploratória.
No exame celômico suspeitou-se
de colite aguda com febre 38°C.
O procedimento foi feito com o uso de
tecnicas de laparoscopia.
O paciente teve melhora clínica.

Dr. Paula Jefferson
Residente de Gastroenterologia
Residência de Gastroenterologia
Residência de Gastroenterologia

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE 324 APT OU LENDO NU DO PRONTUÁRIO DATA 13/09/78

Assunto da consulta

CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
	INÍCIO	FIM	TEMPO TOTAL
<u>SALFURAS MIE</u>	<u>10.46</u>	<u>11.12</u>	<u>00:26</u>

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO <u>Dr. JOSÉ VILHENA</u>	ANESTESISTA <u>Dr. Guedes</u>
1º AUXILIAR <u>PL. S. VILHENA</u>	RES. ANESTESIA <u>José</u>
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR

TIPO DE ANESTESIA <u>Flúorhalas</u>	CIRCULANTE
	<u>10.46</u> <u>11.12</u> <u>00:26</u>
	TEMPO DE DURAÇÃO:

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCT'S COMPRESSAS C/02 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLOGICO	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL N° 4/0	
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON N° 4/0	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULEIA N°	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
1	LAMINA BISTURI N° 11			FIO CATGUT SIMPLES N°	
1	DRENO DE SUCCAO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
1	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°	
1	DRENO DE PENROSE N°			FIO SPIDA N°	
1	SERINGA 91ML			SURGICEL	
1	SERINGA 4ML			CERA PI OSSO	
1	SERINGA 5ML			KIT CATARATAN°	
1	SERINGA 10ML		1	GROFOAM	
1	SERINGA 20ML		1	FTEA-CARDIAGA	
1	OUTROS: <u>elastoplastos</u>			OUTROS: <u>elastoplastos</u>	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS	DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR (A) <u>ENFERMEIRA LÍTIRE</u> <u>Silvana</u> <u>Gabriela</u>	MATERIAL MEDICAMENTOS	
FUNCIONARIO/CALCULOS <u>CIRCULANTE DE SALA</u>	TAXA DE SALA	
	TAXA DE ANESTESIA	
	SOMA	
	ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

SAH - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE KIREFAGEM

NOME: ... SÉNIO DE SOUZA



DATA: 18/08/2018
PESO: 70,5Kg

ALTURA: 1,70m
IMC: 23,5

ESTADO: SP
CIDADE: AQUARIUS

DATA: 18/08/2018
PESO: 70,5Kg
ALTURA: 1,70m
IMC: 23,5

ESTADO: SP
CIDADE: AQUARIUS

DATA: 18/08/2018
PESO: 70,5Kg
ALTURA: 1,70m
IMC: 23,5

DATA: 18/08/2018
PESO: 70,5Kg
ALTURA: 1,70m
IMC: 23,5

ESTADO: SP
CIDADE: AQUARIUS

DATA: 18/08/2018
PESO: 70,5Kg
ALTURA: 1,70m
IMC: 23,5

DATA: 18/08/2018
PESO: 70,5Kg
ALTURA: 1,70m
IMC: 23,5

ESTADO: SP
CIDADE: AQUARIUS

DATA: 18/08/2018
PESO: 70,5Kg
ALTURA: 1,70m
IMC: 23,5

DATA: 18/08/2018
PESO: 70,5Kg
ALTURA: 1,70m
IMC: 23,5

ESTADO: SP
CIDADE: AQUARIUS

DATA: 18/08/2018
PESO: 70,5Kg
ALTURA: 1,70m
IMC: 23,5

DATA: 18/08/2018
PESO: 70,5Kg
ALTURA: 1,70m
IMC: 23,5

ESTADO: SP
CIDADE: AQUARIUS

DATA: 18/08/2018
PESO: 70,5Kg
ALTURA: 1,70m
IMC: 23,5

DATA: 18/08/2018
PESO: 70,5Kg
ALTURA: 1,70m
IMC: 23,5

ESTADO: SP
CIDADE: AQUARIUS

DATA: 18/08/2018
PESO: 70,5Kg
ALTURA: 1,70m
IMC: 23,5

DATA: 18/08/2018
PESO: 70,5Kg
ALTURA: 1,70m
IMC: 23,5

ESTADO: SP
CIDADE: AQUARIUS

DATA: 18/08/2018
PESO: 70,5Kg
ALTURA: 1,70m
IMC: 23,5

DATA: 18/08/2018
PESO: 70,5Kg
ALTURA: 1,70m
IMC: 23,5

ESTADO: SP
CIDADE: AQUARIUS

DATA: 18/08/2018
PESO: 70,5Kg
ALTURA: 1,70m
IMC: 23,5

DATA: 18/08/2018
PESO: 70,5Kg
ALTURA: 1,70m
IMC: 23,5

ESTADO: SP
CIDADE: AQUARIUS

DATA: 18/08/2018
PESO: 70,5Kg
ALTURA: 1,70m
IMC: 23,5

DATA: 18/08/2018
PESO: 70,5Kg
ALTURA: 1,70m
IMC: 23,5

ESTADO: SP
CIDADE: AQUARIUS

DATA: 18/08/2018
PESO: 70,5Kg
ALTURA: 1,70m
IMC: 23,5

UNIDADE / SETOR:

NOME DO PACIENTE:

PROMOTORAS NOBREZINHAS

DATA / HORA:

PROTEÇÃO:

QUARTO: 100
LEITO:

Nº DA URGÊNCIA:

FOL

RELATÓRIO DE OBSERVAÇÕES:

HORÁRIO:

OBSERVAÇÃO:

20/06/06 12:00
P.A. 38,1 °C
P.C. 37,9 °C
P.R. 144
P.I. 35,9 °C

20/06/06 12:00
P.A. 38,4 °C
P.C. 38,4 °C
P.R. 144
P.I. 35,9 °C

20/06/06 12:00
P.A. 38,4 °C
P.C. 38,4 °C
P.R. 144
P.I. 35,9 °C

20/06/06 12:00
P.A. 38,4 °C
P.C. 38,4 °C
P.R. 144
P.I. 35,9 °C

20/06/06 12:00
P.A. 38,4 °C
P.C. 38,4 °C
P.R. 144
P.I. 35,9 °C

20/06/06 12:00
P.A. 38,4 °C
P.C. 38,4 °C
P.R. 144
P.I. 35,9 °C

20/06/06 12:00
P.A. 38,4 °C
P.C. 38,4 °C
P.R. 144
P.I. 35,9 °C

20/06/06 12:00
P.A. 38,4 °C
P.C. 38,4 °C
P.R. 144
P.I. 35,9 °C

20/06/06 12:00
P.A. 38,4 °C
P.C. 38,4 °C
P.R. 144
P.I. 35,9 °C

20/06/06 12:00
P.A. 38,4 °C
P.C. 38,4 °C
P.R. 144
P.I. 35,9 °C

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

F-01
HGR

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	Vilma Mendes		
DIAGNÓSTICO			
ALERGIAS	Milho e leite	HAS	NEGA
IDADE	LEITO	DM2	NEGA
ITEM	PRESCRIÇÃO		
1	DIPTA ORAL LIVRE	HORÁRIO	
2	AVP: SF 0,9% 500ml 1X/dia	5V D	
3	CEFALOTINA 1G EV 8/8H	08	
4	TRIATIL 20mg 12/12hs	18:00/06	
5	OPIRIONA 2ML EV 6/6 CAN	08:20	
6	TRAMADOL 100MG + SF 0,9% 100ml EV OU 400(2:5%) VO DE 8/8 H DOR INTENSA	5V	
7	PLASIL 10 mg EV 8/Bh (S/N)	18:00/06	
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS	5V	
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	14:30/06	
10	SSV/V + CCGG 6/6 II	5V	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG	Relaxar	
14	CURATIVO DIARIO	Alenstar	
15	Gantelaxicida 240ml (2L) 1x/dia abla	Relevo	
16	Urticaria 200ml (2L) 1x/dia abla	16	
17	Glucosidase 40.000 (2L) 1x/dia abla	16/06	
18	Glucosidase 40.000 (2L) 1x/dia abla	16/06	
19			
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250; 2U; 251-300: 4U; 301-350: 6U; 351-400: 8U; ≥ 400: 10 U E/OU GLICOSE ≤ 70 DM/L GLICOSE 50% 40ML EV + AVISAR PLANTONISTA		
EVOLUÇÃO MÉDICA:			
No bloco para programação cirúrgica			

SINAIS VITAIS	T	P	A	E
6 H	36,6°C	47	100/68	ER
12 H	36	83	175 X 79	
18 H/25h	36,7	82 bpm	100X45 mmHg	204cm
24 H	36,8°C	69	115/73	

MÉDICO RESIDENTE EM
 ORTOPEDIA E
 TRAUMATOLOGIA.

Mh patient foi higiениizado
 tricordo juntado e curado

J. G. Andrade 0.3mols
 Itacoatiba Eriçá 500mg
 1000ml 0.9% SOTC

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS AVIÃO/EIF

Nome:	Data: 10/09/07	Enfermeiro:	Assistente:
Nome Completo:	Edson Marques	Sexo:	F-01
Endereço:	Residencial	Idade:	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Avançado:	Ribeirão das Neves		
Avançamento da Procedura:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Fálico <input type="checkbox"/> Fimbrado <input type="checkbox"/> Gastro e - endoscópico <input type="checkbox"/> Gastro e - peritoneal	
Alergia: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Qual (s):		
Necessidade de Intubação: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Qual (s):		
Internos acompanhantes: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Qual (s):		
Mobilização: <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Sem reabilitação <input type="checkbox"/> Aramado <input type="checkbox"/> Síntese de rodas <input type="checkbox"/> Frata <input type="checkbox"/> Cadeira/cadeirinha/cadeirante			

SISTEMA NEUROLOGICO		SISTEMA CARDIOVASCULAR			
<input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Normotônico	<input type="checkbox"/> Bradicárdico	<input type="checkbox"/> Taquicárdico
<input type="checkbox"/> Sedado	<input type="checkbox"/> Tônico	<input type="checkbox"/> Comatoso	<input type="checkbox"/> Atonia	<input type="checkbox"/> Hipotônico	<input type="checkbox"/> Hipertônico
<input type="checkbox"/> Agitado	<input type="checkbox"/> Engraça estímulos	<input type="checkbox"/> Não reage	<input type="checkbox"/> Pálido Cheio	<input type="checkbox"/> Eritemato	<input type="checkbox"/> Anémico
PUPILAS		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL			
<input type="checkbox"/> Dilatadas	<input type="checkbox"/> Midriásica	<input type="checkbox"/> V.O. <input type="checkbox"/> SNG/SOG	<input type="checkbox"/> SNG/SOC	<input type="checkbox"/> GIT <input type="checkbox"/> INR	
<input type="checkbox"/> Necróticas	<input type="checkbox"/> Antesclárica	<input type="checkbox"/> Não reagentes	<input type="checkbox"/> Aceleração da bala <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Parcial		
REGULAÇÃO TÉRMICA		Evaluações:			
<input type="checkbox"/> Arrefent	<input type="checkbox"/> Hipotérmico	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Absente		
<input type="checkbox"/> Febril	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Diarréia	<input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Melena		
<input type="checkbox"/> Hipertermia		<input type="checkbox"/> Fazendo	<input type="checkbox"/> Absente		
CARACTERÍSTICAS DA PELE		REGULAÇÃO ABDOMINAL			
<input type="checkbox"/> Hidratada	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Normoneuropatia	<input type="checkbox"/> Distendida <input type="checkbox"/> Edema		
<input type="checkbox"/> Macerada	<input type="checkbox"/> Hippocrática	<input type="checkbox"/> Acítico	<input type="checkbox"/> Macroura <input type="checkbox"/> Edemato		
<input type="checkbox"/> Anilélica	<input type="checkbox"/> Intética	<input type="checkbox"/> Hipertermia	<input type="checkbox"/> Aspergito		
<input type="checkbox"/> Achastática	<input type="checkbox"/> Edema Local	<input type="checkbox"/> Cicatriz	<input type="checkbox"/> Viscerocarcinomas <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> T.O. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NÃO		
Outras paroxismos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NÃO					
Resumo:					
Coletivo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NÃO	PO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	SISTEMA RESPIRATÓRIO			
<input type="checkbox"/> Espasmo	<input type="checkbox"/> Bradigênico	<input type="checkbox"/> Paraplegico	<input type="checkbox"/> Disponível <input type="checkbox"/> Ambiente <input type="checkbox"/> Traqueostomia		
Oxigenoterapia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NÃO	Qual:				
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES					
Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NÃO	Local:	Data:	Imprimir:		
Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NÃO	Local:	Coletivo realizado em:	Trocá-lo em:		
Sinal de infecção no sítio da punção:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NÃO				
Drainagem: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SOE <input type="checkbox"/> GTI	<input type="checkbox"/> Evacuado <input type="checkbox"/> Colônia	<input type="checkbox"/> Estagnado <input type="checkbox"/> Hematóma		
Drenos dren:		Aspecto da secreção:	<input type="checkbox"/> Olfatária <input type="checkbox"/> Quantitativa		
Cateteres Vestíveis: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NÃO		Data da instalação:	Imprimir em:		
Órteses: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NÃO	Tipos:	Local:			

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
<input type="checkbox"/> Deglutição	<input type="checkbox"/> Risco de aspiração respiratório/infecções	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Risco de infecção respiratória	<input type="checkbox"/> Dificuldade autocuidar para alimentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Risco de cianose/jaquiné	<input type="checkbox"/> Dificuldade autocuidado para banho/bijuterias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	<input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo	<input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente	<input type="checkbox"/> Risco de dignitaria humana comprometida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada	<input type="checkbox"/> Órgãos ferilizantes/digestivos prejudicados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Risco de constipação	<input type="checkbox"/> Risco de quedas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Diurese	<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Incontinência urinária	<input type="checkbox"/> Dor aguda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado	<input type="checkbox"/> Dor crônica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada	<input type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de brucocapsite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de infecção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Confusão prejudicada	<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	F. Cunha L. op 81111		
DIAGNÓSTICO			
ALERGIAS	ANOXI-CLIVS	HAS	NEGA
IDADE		BRITO	DM2
ITEM	PRESCRIÇÃO		
1	DIETA ORAL LIVRE	HORÁRIO	
2	AVP: SF 0,8% 500ml 1X/dia	SM	
3	CEFALOTINA 1g EV 6/6H	08'	
4	TILATIL 20mg 12/12hs	SSVZ	
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N	02	
6	INAMAT 100MG + SF 0,8% 100ml EV OU 01cp(20g) VO DE BOM SE DOR INTENSA	SAU	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8H (S/N)	SAU	
8	IRANI RIDINA 50MG EV 8/8HS	06	
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	06	
10	SSVZ + COGG 6/6 H	SAU	
12	CAPTOPIR 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMHG	DT - Kolima	
14	CURATIVO DIARIO		
15	<i>CORTIATAMINA 500mg AV extenso</i>	16:	
16	<i>METILOQUIDA-200G 100ML AV 100ML</i>	16:	
17	<i>CLOXANE 40-50 mg AV TOT. A</i>	16:	
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 DM/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

No bloco para programação cirúrgica

Dr. Murilo J. Marques
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
C.R.R. 1218/R

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	T	Assistente: S. Gólio Tec. Enfermeiro: MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.
6 H	130/80	93	20	36	
12 H	140/80	83	20	36 P	
18 H	130/80	68	-	35-7	
24 H	120/80	75	20	36,7	

04

ANEXO 2 - CADERNO DE ENFERMAGEM - BLOCOS AVANÇADO/E/F

Bloco:	Data:	Enfermeiro:	Relatório:	Assinatura:
Número Completo:				
Prontuário:				
Identificação no Preliminar:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Interlocutor <input type="checkbox"/> Ausente
Alergia:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Crônica <input type="checkbox"/> Ausente
Problema de Interprete:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Crônica <input type="checkbox"/> Ausente
Possui entorpecentes:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Crônica <input type="checkbox"/> Ausente
Alimentação:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sem distribuição	<input checked="" type="checkbox"/> Alimentado <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Cadela de cesta <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Farto <input type="checkbox"/> Ausente
SISTEMA NERVOUS MÓDICO:				
<input checked="" type="checkbox"/> Orientação:	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Tachicárdico
<input checked="" type="checkbox"/> Medido:	<input checked="" type="checkbox"/> Impulsivo <input type="checkbox"/> Contundente	<input checked="" type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Normalizado <input type="checkbox"/> Alterado	<input checked="" type="checkbox"/> Normalizado <input type="checkbox"/> Alterado
<input checked="" type="checkbox"/> Ação:	<input checked="" type="checkbox"/> Reage a estímulos <input type="checkbox"/> Não reage	<input checked="" type="checkbox"/> Não reage <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ponto Chave <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ponto Chave <input type="checkbox"/> Ausente
<input checked="" type="checkbox"/> Pupilas:	<input checked="" type="checkbox"/> Míoticas <input type="checkbox"/> Miosóticas	<input checked="" type="checkbox"/> Miosóticas <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Dilatadas <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Dilatadas <input type="checkbox"/> Ausente
<input checked="" type="checkbox"/> Reactions:	<input checked="" type="checkbox"/> Anisocônicas <input type="checkbox"/> Heterocônicas	<input checked="" type="checkbox"/> Heterocônicas <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Não reagentes <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente
REGULAÇÃO TÉRMICA:				
<input checked="" type="checkbox"/> Arterias:	<input checked="" type="checkbox"/> Dilatadas <input type="checkbox"/> Fechadas	<input checked="" type="checkbox"/> Fechadas <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Hipotônico <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Hipotônico <input type="checkbox"/> Ausente
<input checked="" type="checkbox"/> Veias:	<input checked="" type="checkbox"/> Dilatadas <input type="checkbox"/> Fechadas	<input checked="" type="checkbox"/> Fechadas <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Ausente
<input checked="" type="checkbox"/> Hipotermia:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Diorrhea <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Diorrhea <input type="checkbox"/> Ausente
CARACTERÍSTICAS DA PELE:				
<input checked="" type="checkbox"/> Hidratação:	<input checked="" type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Hidratada	<input checked="" type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Normoatenuada <input type="checkbox"/> Alterada	<input checked="" type="checkbox"/> Normoatenuada <input type="checkbox"/> Alterada
<input checked="" type="checkbox"/> Normoatenuada:	<input checked="" type="checkbox"/> Hiperatenuada <input type="checkbox"/> Hipomotilidade	<input checked="" type="checkbox"/> Hipomotilidade <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Atenuada <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Atenuada <input type="checkbox"/> Ausente
<input checked="" type="checkbox"/> Anticárnea:	<input checked="" type="checkbox"/> Atóxica <input type="checkbox"/> Hiperatenuada	<input checked="" type="checkbox"/> Hiperatenuada <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Normoatenuada <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Normoatenuada <input type="checkbox"/> Ausente
<input checked="" type="checkbox"/> Adelastática:	<input checked="" type="checkbox"/> Edema local <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Edema local <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Edema local <input type="checkbox"/> Ausente
Efeitos por pressão:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente
Região:				
Curativo realizado:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente
<input checked="" type="checkbox"/> Exsudado:	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente
<input checked="" type="checkbox"/> Sustentação:	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente
<input checked="" type="checkbox"/> Curativo Vertical:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente
<input checked="" type="checkbox"/> Prótese:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ORTSES E PRÓTESES:				
Cateter Periférico:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Local: <u>M/SCD</u>	Data: <u>14.01.</u>	
Cateter Central:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Sinais de Infecção na área de junção:				
Sondas:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Purulenta:				
Cateter Vertical:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Prótese:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Total:				15.09
Total em:				
Total em:				
Curativo realizado em:				
Aspecto da sonda:				
Data de instalação:				
Quantidade:				
Treatment:				
Tipos:				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:				
<input checked="" type="checkbox"/> Respiratória:	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente
<input checked="" type="checkbox"/> Risco de náusea desequilibrada:	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente
<input checked="" type="checkbox"/> Risco de deglutição prejudicada:	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente
<input checked="" type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume de líquidos:	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente
<input checked="" type="checkbox"/> Volumen de líquidos excessivo:	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente
<input checked="" type="checkbox"/> Volumen de líquidos deficitario:	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente
<input checked="" type="checkbox"/> Edema agudo prejudicado:	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente
<input checked="" type="checkbox"/> Risco de constipação:	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente
<input checked="" type="checkbox"/> Diarreia:	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente
<input checked="" type="checkbox"/> Incontinência Intestinal:	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente
<input checked="" type="checkbox"/> Paroxismo de sono prejudicado:	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente
<input checked="" type="checkbox"/> Mobilitade (ática) prejudicada:	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente
<input checked="" type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada:	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente
<input checked="" type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada:	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente
<input checked="" type="checkbox"/> Conforto prejudicado:	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente
<input checked="" type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada:	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente



Vivencias Sencillas de la Biblia

DATA: 12.09.18		Localização / Região  		DATA:		
<input type="checkbox"/> GRAU - I				<input type="checkbox"/> GRAU - I		
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II				<input type="checkbox"/> GRAU - II		
Etiologia	<input type="checkbox"/> Prostata - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa óticoarticular <input type="checkbox"/> Diabético <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Angioto <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:			<input type="checkbox"/> Prostata - I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa óticoarticular <input type="checkbox"/> Diabético <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Angioto <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:		
Lânguimão da Ferida:	Comprimento _____ cm Largura _____ cm			Comprimento _____ cm Largura _____ cm		
Aparência do Unus:	<input type="checkbox"/> Lesão de granulação <input type="checkbox"/> com esfarro <input type="checkbox"/> Tecido granulítico			<input type="checkbox"/> Lesão de granulação <input type="checkbox"/> com esfarro <input type="checkbox"/> Escara		
Consistência do Exsudato	<input type="checkbox"/> Seco, seco <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante			<input type="checkbox"/> Seco, seco <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		
 de exsudato:	<input type="checkbox"/> Soro <input type="checkbox"/> Fibrinólico <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Fibrinólico <input type="checkbox"/> Sanguinolento			<input type="checkbox"/> Soro <input type="checkbox"/> Fibrinólico <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Fibrinólico <input type="checkbox"/> Sanguinolento		
Bor:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Odo:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> leixa de leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odo			<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> leixa de leito <input type="checkbox"/> Sem odo		
Condicão da pele	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras			<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras		
Solução para limpeza	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Clorhexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____			<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorhexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Cobertura primária (Cortado direto da ferida)	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE			<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE		
Hora do curativo:	<input type="checkbox"/> Manhã		<input type="checkbox"/> Manhã		<input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de f. de 24hs						
 e ass. Téc. em Enfermagem	Média de Rotina N. Vizou Auxiliar de Enfermagem - coordenadora			de 24hs <input type="checkbox"/> Alvo <input type="checkbox"/> Teste de rotina Correção de rotina		01- _____ 02- _____
 e Assinatura de Enfermagem						

Obs: Descrevem-se adaptando da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Cooprafec, Solutions Programs.
Os seguintes nomes só ou mais resgatados, estes devem ser avaliadas subsequentemente.



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVÍCIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PREScrição MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DTH	DN	
PACIENTE	Flávia L da Silva			
DIAGNÓSTICO				
ALERGIAS	Salicálico	HAS	NEGA	
IDADE		LEITO	DATA	
ITEM	PREScriÇÃO			HORÁRIO
1	DIETIA ORAL LIVRE			14:00
2	AVP: SF 0,8% 500ml 1X/dia			14:00
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			14:00 - 21:00
4	TIE ATIL 20mg 12/12hs			14:00 - 21:00
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6H			14:00 - 21:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ml EV OU 21cc(25gls) VO DE 0/6 SE DOR INTENSA			14:00 - 21:00
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			14:00 - 21:00
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS			14:00 - 21:00
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			14:00 - 21:00
10	SSVV + COGG 6/6 H			14:00 - 21:00
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMHG			14:00 - 21:00
14	CURATIVO DIARIO			14:00 - 21:00
15	Gelante para 640 juz (60) 1x dia			14:00 - 21:00
16	Mantenha alta gal 160 juz (60) dia			14:00 - 21:00
17	Mantenha alta gal 160 juz (60) dia			14:00 - 21:00
18				14:00 - 21:00
19				14:00 - 21:00
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 DM/L, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			14:00 - 21:00

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

mag jatáico mag estéril flávia
 Belote alergia a amoxicilina.

14:25
 PA: 122 x 82
 PC - 68
 FC - 39
 T.c. 36,2°C

Venzo P. A. Bellato
 Tel. Extensão
 1234-5678

SINAIS VITAIS	6 H	12 H	18 H	24 H
	RR=16 cpa=66,6			
	134x93 68	162 26,2		
	100x93 70	26,2		

Regurgitado
 para leito
 PSLA 104-3 11:15
 Regurgitado

MEDICO RESIDENTE EM
 ORTOPEDIA E
 TRAUMATOLOGIA

Dr. Fabio Carvalho

Flávia L da Silva
 (m. 14-09)

SISTEMATIZAÇÃO DA AÇÃO FÍNICA DE ENFERMAGEM - BLOCO DE AVISOS

Bloco:	F	Data:	13/09/16	Enfermeiro:	CJ	Setor:	
Nome Completo:	Giovanna L. da S. Soárez			Idade:	16	Sexo:	(X) F () M
Pruedente:				Impressa Digitalizada:	Digital		
Identificação do paciente:	() Sim	() Não	Identidade:	() Consciente	() Sem consciente	() Sócio - perigoso	
Alergia:	() Sim	() Não	Qual:	Cefalgie			
Necessidade de intubação?	() Sim	(X) Não	Qual idades:				
Mais de acompanhante:	() Sim	() Não	Onde:				
Neurologia:	() Normal	() Anamnese	() Acidente	() Necess	() Comprometido/comunicante		

SISTEMA NEUROLOGICO			SISTEMA CARDIOVASCULAR				
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	() Orientado	() Desorientado	() Normocárdico	() Bradicárdico	() Taquicárdico		
() Sedado	() Tonto	() Confuso	() Hipotônico	() Hipertônico	() Hipertônico		
() Atônico	() Reage a estímulos	() Entregue	() Pulo Cheio	() Clorume	() Amfônico		
PUPILAS			AUMENTAÇÃO DO SISTEMA GASTROINTESTINAL				
() Focos reagentes	() Mídiares	() Simétricas	() >400 () SNG/SOG	() SNP/STF	() Vomit		
(X) Isocânicas	() Antisimétricas	() Não reagentes	Acumulação de fezes: () Sim	() Náusea	() Vomito		
REGULAÇÃO TÉRMICA			Excreção: () Presente	() Ausente	() Colostomia		
(X) Frio	() Hipotérmica	() Hipertérmica	() Normal	() Diarreia	() Constipação		
() Frio	() Frio	() Frio	() >40% Presente	() Ausente	() Malária		
() Hiperventilação				RECIBAÇAO ABDOMINAL			
() Hipertermia	() Hipotermia	() Ressecada	() Normocárdico	() Distendida	() Glauco	() Bárulo	
() Normocorrada	() Hipotermia	() Hipertermia	() Arterio	() Macrura	() Hiperárdica		
() Análisis	() Márula	() Clauística	Exames Rápidos: () Presente	() Ausente			
() Aclaramento	() Edema laríngeo						
Observações:				Visceromegalia: () Sim	() Não	FD: () Sim	() Não
Curativo realizado: () Sim	() Não	FD: () SIM () NÃO				SISTEMA URINÁRIO / DIURESE	
() Eufúrico	() Bradigástrico	() Taquigástrico	() Espontâneo	() Sim	() Andar	() Oligúria	
() Oxigenoterapia	() Sim	() Não	() Polástico	() Discreto	() Cetostomia	() Hiperúria	
			() Cistostomia	() Infecção contínua			() Uropênia
SISTEMA RESPIRATÓRIO							
() Eufúrico	() Bradigástrico	() Taquigástrico	() Espontâneo	() Arrestante			
() Oxigenoterapia	() Sim	() Não	Qual:	() Traspaçoturânia			

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ORTSES E PRÓTESES						
Cateter Peritoneal:	() Sim	() Não	Local:	14/09/16	Data:	14/09/16
Cateter Central:	() Sim	(X) Não	Local:		Curativo realizado:	
Sinais de infecção no alto da punção:			() Sim	() Não		
Sondas: () Síos () Não () SNG			() SNG () SNC () SOF () GI		() Invasão	() Sifunção
Drainos:			Agente da infecção:			Quantidade:
Curva Vestical:			Data da instalação:		Local:	
Proteses: () Sim () Não			Tipo:			

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		
() Regurgitação	() Problema respiratório inferior	
() Risco de nutrição desequilibrada	() Déficit no autocuidado para alimentação	
() Risco de gênero fisiológico	() Déficit na autocuidado para banho/higiene	
() Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	() Comunicativo deficitário	
() Volume de líquidos anormal	() Comunicação verbal prejudicada	
() Volume de líquidos desequilibrado	() Risco de dignidade humana comprometida	
() Risco de infecção prejudicada	() Risco de familiarizar com situações	
() Risco de constipação	() Risco de quedas	
() Diarréia	() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	
() Incontinência intestinal	() Dor aguda	
() Padre de sono prejudicado	() Dor crônica	
() Multidão de riscos prejudicados	() Náusea	
() Intolerância da pele prejudicada	() Risco de broncoscopia	
() Risco de integridade da pele prejudicada	() Risco de infecção	
() Conforto prejudicado	() Ventilação espiratorial prejudicada	

Name: Jessimaria Serrano de Salazar



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE JUCIMARA SERRAO DA SILVA			
AGNÓSTICO			
ALERGIAS		HAS	DM2
IDADE		LEITO	104-1
ITEM		PREScriÇÃO	
1		DIETA ORAL LIVRE	
2		SF 0,9% 500ML EV S/N	
4		TFNOXICAM 40 MG IV, 1X/01A S/N	
7		ME1OCLOPRAMIDA 10MG EV 8/9H S/N	
9		DIPIRONA 500MG 2ML EV DL 6/6II	
10		TRAMAL 100MG + SG 0,9% 100ML EV DE 8/8II SE DOR INTENSA	
11		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 L OU PAD > 110 MMHG	
12		ISSWV + COGG 6/6 H	
13		CURATIVO DIÁRIO	
14		GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (INÍCIO 11/09)	
15		METRONIDAZOL 500MG EV 8/8HR	
16		OLEXANE 40 MG SC 1X DM	
17			
18			
19			
20			
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REQUISITAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSU- 60% 40 ML EV + AVISAR PLANTONIS/A			

Evolução médica:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,
 ATIVO, PAFATIVO, CONTACTUANTE
 EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO,
 ANICLÍNUCO, AFEBRIL, FUPNEICO,
 NORMOCRÔNICO, HIDRATADO.

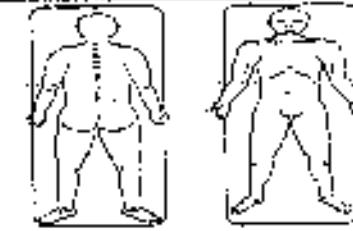
SOLICITADO:
 CONDUTA: MANTIDA

Anexo à evolução de CRURGIA					
SINAIS VITAS		PREVISÃO DE AFTA		SINUS RKLV	
6 H	PA	FC	SÃO	FR	
12 H	125x96	75	17	35,82	
18 H	89x63	80	19	36,21	
24 H	106x54	71			

Dr. Fernando Rezende
CRM/RR 2007
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

Realizado exame gástrico 12/09, com resultado de 02.
 Paciente medicado com: Glicose, acetato e férula 15 para fer-
 mento não descomprimível. Desfechado 02/10.



Nome: <u>Guilherme Senna</u>		Localização / Região: <u>MSC</u>		Localização / Região:		
DATA: <u>14/09/18</u>						
<input type="checkbox"/> GRAU - I				<input type="checkbox"/> DATA:		
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II				<input type="checkbox"/> GRAU - I		
				<input type="checkbox"/> GRAU - II		
Etiologia	<u>Obesidade - I e II - Válvulas cardíacas - Diabetes</u>			<u>Fraseão I - II - III - IV - Venoses - Arterial - Dátilos</u>		
<u>Obstrução de clérigos e Trevo bicuspides</u>			<u>chirurgica e traumática</u>			
Tamanho da ferida:	<u>Comprimento</u> : <u>cm</u> Largura: <u>cm</u>	<u>Comprimento</u> : <u>cm</u> Largura: <u>cm</u>				
<u>Profundidade</u> : <u>cm</u>			<u>Profundidade</u> : <u>cm</u>			
Aparência do leito:	<u>Yeltocejação - Vaso dilatado - Vaso estreito</u>			<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esclerose		
<u>Verde escuro</u>			<input type="checkbox"/> Tecido mortílico <input type="checkbox"/> Escara			
Quantidade da hemorragia:	<u>Seco, limpo</u> <input type="checkbox"/> <u>Líquido, sujo</u>			<input type="checkbox"/> Seco, limpo <input type="checkbox"/> Limpo, sujo		
<u>árduo, moderado</u> <input type="checkbox"/> <u>malhado, abundante</u>			<input type="checkbox"/> Várias, macerado <input type="checkbox"/> Molhado, abundante			
Tipos de exsudato:	<input type="checkbox"/> Sanguíneo <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Desangramento			<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fluido <input type="checkbox"/> Sangramento		
<input type="checkbox"/> Pútrido <input type="checkbox"/> <u>Sarcossanguíneo</u>			<input type="checkbox"/> Fibrinólico <input type="checkbox"/> Serosanguíneo			
Parte:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Odores:	<input type="checkbox"/> evidente na borda da cobertura <input type="checkbox"/> a borda do leito			<input type="checkbox"/> evidente na borda da cobertura <input type="checkbox"/> a borda do leito		
<input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> ótimo odor			<input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sent oxir			
Condição da pele profissional:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Edema / Rubor			<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Esperada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Edema / Rubor		
<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Picadas			<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras			
Solução para limpeza:	<input type="checkbox"/> Álcool Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorhexidina 2% <input type="checkbox"/> Clorhexidina 4% <input type="checkbox"/> Outra: _____			<input type="checkbox"/> Álcool Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorhexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorhexidina 4% <input type="checkbox"/> Outra: _____		
Cobertura primária (Colírio direto na lesão)	<input type="checkbox"/> gaze	<input type="checkbox"/> Colagenase	<input type="checkbox"/> Gaze	<input type="checkbox"/> Colagenase		
<input type="checkbox"/> fibrílatec			<input type="checkbox"/> fibrílatec			
<input type="checkbox"/> resGE			<input type="checkbox"/> resGE			
Hora da sutura:	<input type="checkbox"/> Manhã	<input type="checkbox"/> Tarda	<input type="checkbox"/> Manhã	<input type="checkbox"/> Tarda		
Data da Próxima troca: Em caso de h. de 24hs	<u>01/09/18</u>					
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	<u>Flávia da Silva Moura</u> <u>Técnica de Sua Guarda</u>	<u>D2- Intervenção de Sua Guarda</u>	<u>01-</u>	<u>02-</u>		
Assunto: <u>Enfermeiro</u>			Assunto: <u>Enfermeiro</u>			
OBs: _____			OBs: _____			



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



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE JUCIMARA SERRAO DA SILVA

AGNÓSTICO

ALÉRGIAS

IDADE

HAS

DMG

ITEM

LEITO

194-1

DATA

15/09/2016

PREScrição

HORARIO

1 DIETA ORAL LIVRE

Suj

2 SP 1,9% 600ML FV S/N

3 TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA S/N

Suj

4 METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N

Suj

5 DIPIRONA 500MG 2ML EV DF 8/8H

Suj

6 TRAMAL 100MG - SF 0,3% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

Suj

7 CAPTOPIRII 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

Suj

8 ISSVV + COCG 6/6 H

Suj

9 CURATIVO DIÁRIO

Suj

10 GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (INÍCIO 11/09)

Suj

11 METRONIDAZOL 500MG EV 8/8H

Suj

12 CLFX/VNF 40 MG SC 1X DIA

Suj

13

Suj

14

Suj

15

Suj

16

Suj

17

Suj

18

Suj

19

Suj

20

Suj

SE DIABÉTICO CORRIGÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),

CONFORME ESQUEMA: 200 250 2U; 251-300: 4U; 301-350: 6U;

351-400: 8U; 2 400: 10 U E OU GLICOSE < 70 DM/L, GLICOSF

60% 40 ML FV - AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

INCONTRO PACIENTE DEFISSADO NO LEITO,

VIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

EXAME FÍSICO: REG, ACIANÓTICO,

ANICTÉRICO, AFEBRIL, SUPNEICO,

NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDICIA: MANTIDA

SINTOMAS: MIGRAÇÃO DORSAL

SINTOMAS:

SINT

Nome: Juinara Serrão da Silva

DATA: 15/09/18

 GRAU - I

 GRAU - II

Etiologia:

Comentário da Ferida:

Aparência do Leito:

Facilidade de Exsudato:

Tipo de exsudato:

Dor:

Odor:

Coação da pele:

Permeabilidade:

Solução para limpeza:

 Cobertura primária:
 (Cobrirá diretamente o leito)

Mtodo curativo:

 Data da Próxima troca:
 Em caso de f. de 24hs

 Cartão e ass.
 Téc. em Enfermagem

 Comitê e Assinatura
 do Enfermeiro

OBS:

Localização / Região: M.P.C

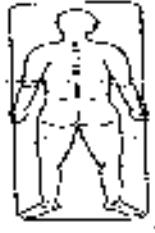


DATA: 15/09

 GRAU - I

 GRAU - II

Localização / Região: R. I.


 Pressão I - II - III - IV: Venosa e arterial: Diabética

 Neuropatia/fibrose: Trauma ou outras:

 Componente: Cetina: Cetina: Cetina:

 Problema(s) da ferida: Cetina:

 Tecido de granulação: Crim estreito

 Tecido necrótico

 seco, mofado, vermelho, pouco

 úmido, moderado: amarelo, amendoado

 Seco: Fibroso: Sangüinolento

 Fluente: Serosanguíneo

 Ácido: Ácido: Ácido:

 evidente na retenção da cobertura: a beira do leito

 evidente ao entrar no quarto: Sem odor

 Normal: Macerada: seca: Edema / Rubor

 Pútrida: Outras:

 Soro Fisiológico 0,9%: Clorexodina 3%

 Clorexodina 4%: Outros:

 Gaze: Colagenase

 Fibrina: Sulfadiazina de Prata

 AGE: Outros:

 Manhã: Tarde:

 Manhã: Tarde:

10/09/18

11/09/18

01/10/18

02/10/18

03/10/18

04/10/18

05/10/18

06/10/18

07/10/18

08/10/18

09/10/18

10/10/18

11/10/18

12/10/18

13/10/18

14/10/18

15/10/18

16/10/18

17/10/18

18/10/18

19/10/18

20/10/18

21/10/18

22/10/18

23/10/18

24/10/18

25/10/18

26/10/18

27/10/18

28/10/18

29/10/18

30/10/18

31/10/18

01/11/18

02/11/18

03/11/18

04/11/18

05/11/18

06/11/18

07/11/18

08/11/18

09/11/18

10/11/18

11/11/18

12/11/18

13/11/18

14/11/18

15/11/18

16/11/18

17/11/18

18/11/18

19/11/18

20/11/18

21/11/18

22/11/18

23/11/18

24/11/18

25/11/18

26/11/18

27/11/18

28/11/18

29/11/18

30/11/18

01/12/18

02/12/18

03/12/18

04/12/18

05/12/18

06/12/18

07/12/18

08/12/18

09/12/18

10/12/18

11/12/18

12/12/18

13/12/18

14/12/18

15/12/18

16/12/18

17/12/18

18/12/18

19/12/18

20/12/18

21/12/18

22/12/18

23/12/18

24/12/18

25/12/18

26/12/18

27/12/18

28/12/18

29/12/18

30/12/18

01/01/19

02/01/19

03/01/19

04/01/19

05/01/19

06/01/19

07/01/19

08/01/19

09/01/19

10/01/19

11/01/19

12/01/19

13/01/19

14/01/19

15/01/19

16/01/19

17/01/19

18/01/19

19/01/19

20/01/19

21/01/19

22/01/19

23/01/19

24/01/19

25/01/19

26/01/19

27/01/19

28/01/19

29/01/19

30/01/19

01/02/19

02/02/19

03/02/19

04/02/19

05/02/19

06/02/19

07/02/19

08/02/19

09/02/19

10/02/19

11/02/19

12/02/19

13/02/19

14/02/19

15/02/19

16/02/19

17/02/19

18/02/19

19/02/19

20/02/19

21/02/19

22/02/19

23/02/19

24/02/19

25/02/19

26/02/19

27/02/19

28/02/19

29/02/19

30/02/19

01/03/19

02/03/19

03/03/19

04/03/19

05/03/19

06/03/19

07/03/19

08/03/19

09/03/19

10/03/19

11/03/19

12/03/19

13/03/19

14/03/19

15/03/19

16/03/19

17/03/19

18/03/19

19/03/19

20/03/19

21/03/19

22/03/19

23/03/19

24/03/19

25/03/19

26/03/19

27/03/19

28/03/19

29/03/19

30/03/19

01/04/19

02/04/19

03/04/19

04/04/19

05/04/19

06/04/19

07/04/19

08/04/19

09/04/19

10/04/19

11/04/19

12/04/19

13/04/19

14/04/19

15/04/19

16/04/19

17/04/19

18/04/19

19/04/19

20/04/19

21/04/19

22/04/19

23/04/19

24/04/19

25/04/19

26/04/19

27/04/19

28/04/19

29/04/19

30/04/1

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



DATA DE ADMISSÃO	DH	DN	
PACIENTE JUCIMARA SERRAO DA SILVA			
AGNÓSTICO			
ALÉRGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	104-1	
ITÉM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIFTA ORAL LIVRE		S.N.D
2	SF 0,9% 500ML EV S/N		S.N
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA S/N		S.V
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		S.V
8	DIPIRONA 500MG 2MT FV DE 8/8H		18 21. 26. 01.
9	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOK INTENSA		S.V
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SF PAS > 180 L OU PAD > 110 MMHG		Amanhã
11	SSVV + DCGG 6/6 H		R.D. 10am
12	CURATIVO DIÁRIO		A.O curativo
13	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (INÍCIO 11/09)		17
14	METRONIDAZOL 500MG EV 8/8HR		08
15	CLEX-ANF. 40 MG SC 1X DIA		16
16			
17			
18			
19			
20			
<u>ST. DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).</u> <u>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;</u> <u>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI L OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSF</u> <u>60% 40 ML EV + AVISAR PI ANTONISTA</u>			
EVOLUÇÃO MÉDICA:			
■ ENCONTRO PACIENTE DELÍTADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE. <u>■ EXAME FÍSICO:</u> B&G, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AII BRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.			
<u>■ SOLICITADO:</u> <u>■ CONDUITA:</u> MANTIDA			
PROGRESSO DE CIRURGIA DATA: 10/09/2010 HORA: 10:00 HORAS		MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MARCOS AGUIAR CRM: 12.000-III	
12 H	100x66	Q.S.	35-3
18 H	110x70	Q.S.	39-6
22 H	128x98	(C)	

Morte - Pausa de estavel pt. m. c. m. 18/09/10
6:00 Intocada AVP.

Ward Manager (Assistente)
Assistente de Enfermagem
12/09/2010

Nome: <i>Maimara Sêncio da Silva</i>				
DATa: <i>16/09</i>	Localização / Região: <i>HDC</i>	DATa: <i>16/09</i>	Localização / Região: <i>HDC</i>	
<input type="checkbox"/> GRAU - I		<input type="checkbox"/> GRAU - I		
<input type="checkbox"/> GRAU - II		<input type="checkbox"/> GRAU - II		
Cliniologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> osteopálica <input type="checkbox"/> Crônica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Inchaço	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> osteopálica <input type="checkbox"/> Crônica <input type="checkbox"/> Trauma <input checked="" type="checkbox"/> Inchaço		
Comprimento da Ferida:	Comprimento _____ cm	Comprimento _____ cm		
Profundidade:	Profundidade _____ cm	Profundidade _____ cm		
Aparência do Leito:	<input type="checkbox"/> Tecto feio granulação <input type="checkbox"/> com escavação <input type="checkbox"/> Tecto escavado	<input type="checkbox"/> Tecto de granulação <input type="checkbox"/> com escavação <input type="checkbox"/> Escavado		
Quantidade de Exsudato:	<input type="checkbox"/> seco, seboso <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> seco, seboso <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		
Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sangue/Incluzos <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Semessangüíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sangue/Incluzos <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Semessangüíneo		
Cor:	<input type="checkbox"/> Claro <input type="checkbox"/> Escuro <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Névoa	<input type="checkbox"/> Claro <input type="checkbox"/> Escuro <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Névoa		
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evitável ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evitável ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor		
Condição da pele	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor		
Perturbadoras:	<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____	<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____		
Solução para limpeza:	<input type="checkbox"/> Gaze Patológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorededina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze Patológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorededina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Cobertura primária (contato direto com lesão)	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Filrinase <input type="checkbox"/> AGE	<input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Oxido	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Filrinase <input type="checkbox"/> AGE	<input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outro: _____
Hora do curativo:	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		
Data da Próxima troca:	<i>Dia 21</i>			
Em caso de + dc. 24hs				
Carimbos e assinatura Téc. em Enfermagem	<i>Após Dr. Renato Fontes Tecm. Enf. Fernanda Rodrigues COREN-PR 415273</i>	<i>Dr. Renato Silveira Rodrigues Assist. Enf. Fernanda Rodrigues Assist. Enf. Fernanda Rodrigues COREN-PR 415273</i>	01-	02- <i>Renato Silveira Rodrigues Assist. Enf. Fernanda Rodrigues COREN-PR 415273</i>
OBS:			OBS:	
(Este documento é adotado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Corretover, Soluções Programas. Os pacientes com 112 cm ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.)				

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

DATA DE ADMISSÃO

DIII

DN

PACIENTE JUCIMARA SERRAO DA SILVA

AGNÓSTICO

NERGIAS

HAS

DM2

IDADE

LEITO

104-1

DATA

17/09/2018

ITEM	PREScriÇÃO	HORÁRIO
1	DILTIAZEM 120MG IV/RL	SMA
2	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	FENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA S/N	
7	METOCLOPRAMIDA 10MG LV 8/8H S/N	
8	DIPIRONA 500MG 2XDI, EV DF 6/6H	
9	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV, 2X 8/8H SE DOOR INTENSA	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SF PAS > 150 E OU PAD > 110 MMHG	
11	SSVW - CCCS 6/6 H	
12	CURATIVO DIÁRIO	
13	CETAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (INÍCIO 11/09)	
14	METRONIDAZOL 600MG EV 1X/8HR	
15	OLEXANE 40 MG SC 1X DIA	
16		
17		
18		
19		
20		

SE DIABÉTICO CORRIGIR COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESCALADA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DMGL, GLICOSF
60% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

Evolução médica:

ENCONTRO PACIENTE DEFENDIDO NO LEITO,
ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO,
ANICRÉTICO, AHEBRIL, TUPNEICO,
NORMOCORÁCO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

EVOLUÇÃO DO CIRRÓPS

PREVISÃO MÉDIA-SAFERIA

6 H	PA	PC	FR
12 H	exfato	62	72
18 H			
24 H			

MÉDICO DE REFERÊNCIA DE ORTOPEDIA

ETIOMATOLOGIA
MARCOS AGUIAR
20119488

10/18/2018 paciente com dor no
fêmur proximal com evolução
de 5 dias, agora com edema.
Exame: exame clínico com dor
na articulação femoropoplíteal.

Nome: <i>Jucineara Serrão da Silva</i>		304.1	
DATA: 17/09/16		Localização / Região: MIG	
II GRAU - I		II GRAU - I	
II GRAU - II		II GRAU - II	
Biologia: <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV Urticária / Material - Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática / Gangre - Trauma / outras		Localização / Região: <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV Urticária / Material - Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática / Gangre - Trauma / outras	
Tamanho da Ferida: <input type="checkbox"/> Concreto - cm Largura: _____ <input type="checkbox"/> Profundidade: _____		Tamanho da Ferida: <input type="checkbox"/> Concreto - cm Largura: _____ <input type="checkbox"/> Profundidade: _____	
Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Fecho de granulação - o compacto <input type="checkbox"/> Fecho necrótico: <i>Selva</i>		Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Fecho de granulação - o compacto <input type="checkbox"/> Fecho necrótico: <i>Selva</i>	
Consistência do Exsudato: <input type="checkbox"/> seco, mínimo - <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado - <input type="checkbox"/> molhado, abundante		Consistência do Exsudato: <input type="checkbox"/> Seco - <input type="checkbox"/> Fibinoso - <input type="checkbox"/> Sangüinolento <input type="checkbox"/> Plástico - <input type="checkbox"/> Sem sangue	
Dor: <input type="checkbox"/> Sim - <input type="checkbox"/> Não		Dor: <input type="checkbox"/> Sim - <input type="checkbox"/> Não	
Odo: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura - <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto - <input type="checkbox"/> forte odor		Odo: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura - <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto - <input type="checkbox"/> forte odor	
Consistência da pele / Perda cutânea: <input type="checkbox"/> Normal - <input type="checkbox"/> Macerada - <input type="checkbox"/> seca - <input type="checkbox"/> Edema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido - <input type="checkbox"/> Outras		Consistência da pele / Perda cutânea: <input type="checkbox"/> Normal - <input type="checkbox"/> Macerada - <input type="checkbox"/> seca - <input type="checkbox"/> Edema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido - <input type="checkbox"/> Outras	
Solução p/ a ferida: <input type="checkbox"/> Álcool Fisiológico 0,9% - <input type="checkbox"/> Clorhexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorotípica 4% - <input type="checkbox"/> Ovídeo: _____		Solução p/ a ferida: <input type="checkbox"/> Álcool Fisiológico 0,9% - <input type="checkbox"/> Clorhexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorotípica 4% - <input type="checkbox"/> Ovídeo: _____	
Cobertura primária (Contato direto na lesão): <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrofase <input type="checkbox"/> AGE		Cobertura primária (Contato direto na lesão): <input type="checkbox"/> Gaze - <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrofase - <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE - <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Hora do curativo: <input type="checkbox"/> Manhã - <input type="checkbox"/> Tarde		Hora do curativo: <input type="checkbox"/> Manhã - <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: <i>16/09/16</i>			
Em caso de +, qd: <input type="checkbox"/> Vou e ass. <i>Vinícius</i> em Enfermagem <input type="checkbox"/> Cartório e Assinatura do Enfermeiro			
OBS: <i>01-09-16 - 965 252 TE 02</i>		OBS: <i>01-09-16 - 965 252 TE 02</i>	



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Fernando Alves da Silva, 32 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 1 11 199, COM
DIAGNÓSTICO DE infarto do miocárdio.

NO DIA 20/03/13, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
SENDO OPERADO PELO DR. EDUARDO VIEIRA

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 14/2/15 AS 11:30h EM BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL CORONEL MOTA NO FIA

DR. José Luiz, no dia 10/01/2010, às 10:00 horas, com o

ORIENTAÇÕES GERAIS

APENAS ESTUDOS - IMPRESSO
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

- GENTE SEGURADORA SA**
A. Spín. 30000000 - Belo Horizonte - MG

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

PACIENTE RECEBERÁ TA HOSPITALAR SÓ ORIENTAÇÃO DO DE

BOA VISTA

MÉDICAL



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIARESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Glaucione Alves da Neiva, 32 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 15/09/13 COM
DIAGNÓSTICO DE Síndrome parcial do tendão patela

NO DIA, 16/09/13, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Ressecção da lesão parcial do tendão patela SENDO
OPERADO PELO DR. Paulo Jeferson E DR.

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 17/09/13, AS 15:00h, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 17/10/13, ÀS 14:00h,
DR. Paulo Jeferson

ÁREA DE REGISTRO-DR/PA
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUN 2014

ORIENTAÇÕES GERAIS:GENTE SEGURADORA SIA
Dr. Odair, Dr. Henrique, Dr. Bruno, Dr. Wagner

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR

SOU VISTA 17/10/13

MÉDICO



NOME: JUCIMARA SERRAO DA SILVA
DATA: 05/01/2019
IDADE: 32 ANOS
CONVÊNIO: PARTICULAR
MÉD. SOLICITANTE: DR. ALAN BRAGA PERFEITO

RELATORIO ULTRASSONOGRAFICO JOELHO ESQUERDO

REALIZAMOS ULTRASSONOGRAFIA 3D MODO BIDIMENSIONAL, COM EQUIPAMENTO DYNAMIC 3D INPAR MULTISLICE TRONCAL 2,5 - 7,5 - 12 MHz.

TENDÃO DO QUADRICEPS DE ASPECTO ESPESSADO, MAIS ECOGENICO QUE O NORMAL. CARACTERÍSTICO DOS PROCESSOS INFLAMATÓRIO CRÔNICOS SEVEROS.

NA REGIÃO ANTERIOR DO JOELHO E NA PORÇÃO LATERAL INTERNO E EXTERNO DA PATELA APRECIAMOS MODIFICADAS QUANTIDADES DE IMAGENS ANECOGENICAS, SEM ELEMENTOS CORPUSCULARES EM SEU INTERIOR, NÃO ENCAPSULADAS, QUE CORRESPONDAM A LÍQUIDO, SEM SUGERIR ABSCESSOS, CORRESPONDENDO A UM DERRAME EXTRA-ARTICULAR MÍNIMO.

NÃO HÁ COMPROMETIMENTO DAS ESTRUTURAS VASCULARES.

LIGAMENTOS CRUZADOS:

SEM ALTERAÇÕES DA ECOGENICIDADE DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR.

LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR DE CARACTERÍSTICAS ECOGRÁFICAS NORMAIS.

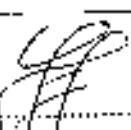
APRECIAMOS NO PERIÓSTIO DO TERÇO SUPERIOR DA TIBIA TIPO EROSÕES.

LIGAMENTOS COLATERAIS

LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL INTERNO E EXTERNO DE CARACTERÍSTICAS NORMAIS.

OPINIÃO:

- IMAGENS QUE SUGEREM TENDENITE CRÔNICA SEVERA DO TENDÃO DO QUADRICEPS DA COXA DIREITA.
- DERRAME EXTRA-ARTICULAR NA PORÇÃO ANTERIOR E LATERAL DA PATELA.


GUILHERME Z. PANTOJA

UNIVERSIDAD DE LOS ALTALES RIO GRANDE - R.R.
MEDICO FREELANCE DE MEDICINA DA INSTITUIÇÃO - PROFESSOR DE ULTRASSONOGRAFIA UNIVERSITÁRIA DA ÁREA ANATOMIA
MEDICA FREELANCE DE MEDICINA DA INSTITUIÇÃO - PROFESSOR DE ULTRASSONOGRAFIA UNIVERSITÁRIA DA ÁREA ANATOMIA
MEDICA - BOGOTÁ - COLOMBIA. ALHEIRO DA FUNDAÇÃO PARA O AVANÇO DA MEDICINA - FAB - BOGOTÁ. COLOMBIA. MEMBRO
TITULAR DO AMERICANO INSTITUTO DE ULTRASSONOGRAFIA - ALUM - LAUREJU, M.D. ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA
MEMBRO TITULAR PRESIDENTE - INSTITUTO COLOMBIANO DE MEDICINA ULTRASSONOGRAFISTAS (ICOMUS) - 2008 - 2015
- MEMBRO TITULAR DA SOCIEDADE COLOMBIANA DE ULTRASSONOGRAFIA MÉDICA - SOCUMB - E FEDERAÇÃO
LATINOAMERICANA DE ULTRASSONOGRAFIA - FLADS - MEMBRO CEFULAR DA FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE ULTRASSONOGRAFIA
- FISICAL SOCIO-MEMBRIO EFETIVO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ULTRASSONOGRAFIA SDUS - SÃO PAULO - BRASIL. CRM
- AM 2007.

ÁREA DE SUPORTES - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Góes, 101 - Centro - RJ - 20040-000

AP

E



Nome do paciente: LUCIMARA GOMES DA SILVA
Data da Nascente: 15/04/1988
BMD - DIAGNOSTICOS

Nº de Acesso: 075365 C1 / Dorsal
Sexo: Feminino
Data do Exame: 02/01/2015 14:08:53
Técnico (a):

99,0 %



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Capitão José Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

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

NOME

DENILZE CORREA DANTAS



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR/RUF
3142655 SSP RR

CPF
792.657.152-00

DATA NASCIMENTO
08/03/1979

FILIAÇÃO

JOSE DE SOUZA CORREA

EVANGELINA LOBATO DA
SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT.HAB.

B

Nº REGISTRO

04953412311

VALIDADE

20/08/2019

1ª HABILITAÇÃO

31/05/2010

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

905314502

OBSERVAÇÕES

Denilze Correa Dantas

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO

25/08/2014

59564648026
RR207683212

Denilze Correa Santos
Diretor - Presidente
DETAN RR

ASSINATURA DO EMISSOR

[Signature]
DETAN RR (RORAIMA)

PROIBIDO PLASTIFICAR

905314502

ÁREA DE SINISTROS - DPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Basílio, 614 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - RR N° 011387771986

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA - COD. FENAVAN - B11159X1600
01 00878349707

NOME/ENDERECO
MAILSON DE LIMA LEITE
AV CB PM JOSÉ T. A. MACE
CARANA N° 01443
BOA VISTA-RR 69313595

DEP. ONE - PLACA
002.592.382-01 NAM2023

NOME ANTERIOR
DONALDO VIEIRAS DA SILVEIRA

PLACA ANT/UF - CHASSI
9C6KE091060009300

ESPECIE/TPO - COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC. GASOLINA

MARCA/MODELO - ANO FAB - ANO MOD
YAMAHA/YBR 125E 2006 2006

CAP/POT/CC - CATEGORIA - COR PREDOMINANTE
2P/0124CC/ PARTICU PRETA

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO * PROIB SAIR AMAZ
OCID *

M.º Eduardo Silva de Castilho
Dir. Presidente-Interino
BOA VISTA-RR DETRAN-RR

DATA
26/02/2016

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190385191 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUCIMARA SERRAO DA SILVA **Data do acidente:** 10/09/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/07/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA LÁCERO CONTUSO NO JOELHO ESQUERDO (LESÃO PARCIAL DO TENDÃO PATELAR).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA CIRÚRGICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA). P.3 ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190385191 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUCIMARA SERRAO DA SILVA **Data do acidente:** 10/09/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/07/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA LÁCERO CONTUSO NO JOELHO ESQUERDO (LESÃO PARCIAL DO TENDÃO PATELAR).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA CIRÚRGICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA). P.3 ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
			Total	0 %
				R\$ 0,00

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, 19 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190385191

Vítima: JUCIMARA SERRAO DA SILVA

Data do Acidente: 10/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JUCIMARA SERRAO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 01 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190385191

Vítima: JUCIMARA SERRAO DA SILVA

Data do Acidente: 10/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JUCIMARA SERRAO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

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

Nº do sinistro ou ASEL:

CPF da vítima:

886.462.972-68 Juci maria serrão da silva

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

Juci maria serrão da silva

Profissão:

Endereço:

Cidade:

Estado:

E-mail:

Rua Carnaval s/nº

Tancredo Neves

Baixa Vista

ES:

RR

CPF: 886.462.972-68

Número: 1132 Complemento:

CEP: 69.300-000

UF (capital): (95) 94117-5392

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

DADOS CADASTRAIS

RENUO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

3027

CONTA: 44690

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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.

Peço motivo assinalado, solicito o prazegamento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concorrendo, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação de perdas decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia avaliação médica, ni renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

17 JUN 2019

**ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTROLE NÃO VERIFICADO**

**ASSINATURA DA
SEGURO LIDER S.A.
Código Júlio Bresser - KM-Bus Web - RIC**

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim 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 responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Boa Vista, RR 12 de junho 19

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Hilma Loura Santos
Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: **31901385191** 3 - CPF da vítima: **886.462.972-68** 4 - Nome completo da vítima: **Juimara Sena da Silva**

RÉGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Juimara Sena da Silva

6 - CPF: **886.462.972-68**

Op. de caixa

Endereço: **Rua Soureval Silva**

9 - Número: **1132** 10 - Complemento: **Casa**

7 - Bairro:

Janeiro Neves

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado: **RL**

14 - CEP: **69.300.000**

15 - E-mail:

liderboavista.pendencia@hotmail.com

16 - Tel.(DDD): **(65) 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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **3027**

CONTA: **44690**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que 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.

25 JUL 2019

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, 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 Não 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? Sim Não 30 - Vítima deixou nascituro (váinascos)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Sim Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim 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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Boa Vista - 23 de julho 2019

Juimara Sena da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Em 01/01/2019/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

17 JUN 2019



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

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 434 - Boa Vista - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 015278/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 23/05/2019 10:02 Data/Hora Fim: 23/05/2019 10:21
 Origem: Pessoa Física - Particular Data: 23/05/2019
 Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
 Data/Hora do Fato: 10/09/2018 21:50

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
 Logradouro: Avenida Carlos Pereira de Melo

Bairro: Caraná

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JUCIMARA SERRÃO DA SILVA (VITIMA , COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: AM - Manaus	Sexo: Feminino	Nasc: 16/04/1986
Profissão: Operador de Caixa			
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Linethe Laborda Serão			

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 886.462.972-68
 RG - Carteira de Identidade: 18686109

Endereço

Município: Boa Vista - RR
 Logradouro: Rua Lourival Silva
 Bairro: Tancredo Neves N°: 1132

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante acima qualificada, compareceu a esta especializada para informar que na data, local e hora acima mencionados, trafegava na garupa da MOTOCICLETA YAMAHA 125 E, PLACA NAM 2023, CHASSI 9C6KE09060009300, ocasião um CARRO BRANCO de PLACA e CONDUTOR não identificados, que em seguida se evadiu do local, veio a colidir no veículo em que a comunicante se encontrava, vindo a mesma a cair. Informa ainda que em decorrência da queda, veio a ocasionar lesão no joelho esquerdo, sendo conduzida ao HGR pelo SAMU para atendimento médico e que este registro é somente para fins de SEGURO DPVAT.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 015278/2019

ASSINATURAS

Carlos Regis Cunha
Responsável pelo Atendimento

Jucimara Serrão da Silva
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins que sou eu(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderé responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos artigos 338-A- Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

23 MAIO 2019

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR
MAT. 42000372

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Barreto, 484 - Boa Vista - RR

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Prezado(a) beneficiário(a): DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INSCRIÇÃO PERMANENTE NÃO

Número da carteira:

CNPJ do beneficiário:

Nome completo do beneficiário:

INSCRIÇÃO PERMANENTE

NÃO

886.462.972-68 Juci maria ferrião da silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E DA DESENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMAS/EMERGÊNCIA) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

Número:

Bairro:

Cidade:

UF:

CEP:

DDD:

PAI:

Mãe:

Esposa:

Filhos:

Irmãos:

Irmãas:

Irmãos:

Irmãs:

Irm