

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

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de: ☐ Magistrado ☐ Servidor ☐ Advogado ☐ Membro MP ☐ Defensor ☐ Procurador ☐ Outros ☐ Audiência

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

Filtros

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

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

Descrição:

38 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 38

500 por pág.1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
38	14/05/2020 15:22:42	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO
		Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (04/05/2020)	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	
37	04/05/2020 15:18:25	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (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
36	04/05/2020 01:34:45	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 34) JUNTADA DE LAUDO (04/05/2020)	GEORGIA NAIADE ELUAN PERONICO
			Analista Judiciária
35	04/05/2020 01:34:45	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO 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
34	04/05/2020 01:34:36	JUNTADA DE LAUDO	GEORGIA NAIADE ELUAN PERONICO
			Analista Judiciária
33	20/03/2020 00:08:30	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
32	20/03/2020 00:02:06	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (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
31	13/03/2020 00:03:40	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo Oficial de Justiça FRANCISCO ALENCAR MOREIRA(Leitura 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
30	09/03/2020 14:15:02	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO 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
29	09/03/2020 14:14:48	JUNTADA DE COMPROVANTE Devolução sem Leitura - 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
28	09/03/2020 11:33:51	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
27	06/03/2020 15:58:51	HABILITAÇÃO PROVISÓRIA Perito Oficial: FERNANDO BERNARDO DE OLIVEIRA habilitado até 04/06/2020 (90 dias)	Oficial de Justiça
			DIEGO MARCELO DA SILVA
			Analista Judiciário
26	02/03/2020 13:04:41	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO 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
25	31/01/2020 00:03:51	DECORRIDO PRAZO DE JUCIMARA SERRÃO DA SILVA (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
24	29/01/2020 00:11:04	DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (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
23	24/01/2020 12:50:57	REGISTRO DE DISTRIBUIÇÃO DE MANDADO 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
22	24/01/2020 00:00:22	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (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
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
20	13/01/2020 17:05:58	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (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
19	13/01/2020 09:56:31	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO 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 Catharinie Reis Menezes
			Analista Judiciária
18	13/01/2020 09:56:31	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO 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 Catharinie Reis Menezes
			Analista Judiciária
17	13/01/2020 09:56:25	JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO	Adahra Catharinie Reis Menezes
			Analista Judiciária
16	13/12/2019 00:07:20	DECORRIDO PRAZO DE JUCIMARA SERRÃO DA SILVA (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
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
14	21/11/2019 17:31:35	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (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
13	13/11/2019 15:19:31	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (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
12	13/11/2019 11:43:31	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento JUNTADA DE CERTIDÃO (13/11/2019)	GEORGIA NAIADE ELUAN PERONICO
			Analista Judiciária
11	13/11/2019 11:43:31	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO 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
10	13/11/2019 11:43:24	JUNTADA DE CERTIDÃO	GEORGIA NAIADE ELUAN PERONICO
			Analista Judiciária
9	13/11/2019 11:43:24	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO



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

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 Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

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				
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				
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				
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 TERAPEÚTICA.				
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

Paciente: Josimara Serrão da Silva Idade: 33 Sexo: F
Nacionalidade: brasileira Raça: Branca ☐ Negra ☐ Parda ☒ Amarela ☐ Indígena-Etnia ☐
Endereço: AV. Carlos Pereira de Melo Bairro: Laranjeira

Nº 17023 DATA 10/09/18 HORA J/9: 22h04 BASE ☒ VIA ☐ () RÁDIO
Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: Sanete HORA J/10: 22h11 () CELULAR

MOTIVO DO ACIONAMENTO: Trauma (colisão moto x carro)
ACIONAMENTO: ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ ATENDIDO NA BASE ☐ OUTRO

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora () / 1 a 3 horas () / 4 a 24 horas () / Mais de 24 horas () / Não sabe ()

AUTOMÓVEL

- ☐ Capotamento
☐ Atropelamento
☐ Colisão AUTO x
☐ Motorista
☐ Passageiro Banco dianteiro
☐ Passageiro Banco traseiro

PEDESTRE

- ☐ Atropelamento ☐ CICLOVIA
☐ VIA ☐ CALÇADA ☐ FAIXA

AUTOMÓVEL

- ☐ Uso do cinto
☐ Vítila projetada
☐ Vítila encarcerada
☐ Air Bag Acionado

MOTOCICLETA / BICICLETA

- ☒ Colisão MOTO X carro
☐ Queda de moto ☐ Com capacete
☐ Atropelamento ☐ Sem capacete
☐ Queda de Bicicleta
☐ Piloto ☒ Garupa

VIOLENCIA

- ☐ FAF
☐ FAF
☐ Espantamento
☐ Violência Doméstica
☐ Violência Sexual
☐ Tentativa de suicídio
☐ Outro:

OUTROS

- ☐ Ac. De Trabalho ☐ Local ☐ Trajet
☐ Queda, Altura aprox.
☐ Acidente Doméstico
☐ Queimadura Agente
☐ Afogamento
☐ Agressão animal
☐ Outros:

VIAS AERÉAS

- ☒ Livre
☐ Obstrução Parcial
☐ Obstrução Total
☐ Corpo estranho
☐ Edema de Glote
☐ Outro:

VENTILAÇÃO

- ☒ Eupneico
☐ Apnéia
☐ Dispnéia
☐ Bradpnéia
☐ Taquipnéia
☐ Roncos
☐ Sibilos
☐ Respiração paradoxal

CIRCULAÇÃO

- ☒ Normocárdico
☐ Bradicárdico
☐ Taquicárdico
☐ Arritmico
☐ Enchimento capilar acima de 2"
☐ Ausente
☐ Cianose central
☐ Cianose de extremidade

AVAL. NEUROLÓGICA

- ☒ AVDN
☐ Miose
☐ Midriase
☐ Anisocoria ☐ D ☐ E
☐ Aparelmente Etílico
☐ GLASGOW

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	APGAR
Início	22:38 136x96	98		98				
Fim	22:46 130x80	90		99				

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele	Cabeça	Face	Pescoco	Tórax		Abdome
<input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Fer. penetrante	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocular <input type="checkbox"/> Luxação <input type="checkbox"/> Mandíbula	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traqueia <input type="checkbox"/> Enfiama Sub- Cutâneo	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Contusão pulmonar <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <input type="checkbox"/> Empalamento	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Evisceração	
Pelve	Coluna Dorsal	MMSS	MMII	OCULAR	VERBAL	MOTORA
<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade <input type="checkbox"/> Crepitação	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Crepitação	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Crepitação	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerações <input checked="" type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Crepitação	4 Espontâneas 3 Ao comando 2 A dor 1 Sem resposta	5 Orientado 4 Confuso 3 Palavras inapropriadas 2 Palavras Incompreensíveis 1 Sem resposta	6 Obedece a comandos 5 Localiza a dor 4 Movimento de retrada 3 Flexão anormal 2 Extensão anormal 1 Sem resposta

AVALIAÇÃO CARDÍACA

- ☒ Ritmo Sinusal
☐ Taquicardia
☐ Bradicardia
☐ Filuter
☐ Fibrilação atrial
☐ Fibrilação ventricular
☐ Assistolia

AFEÇÃO CLÍNICA

- ☐ Respiratória
☐ Neurológica
☐ Psiquiátrica
☐ Metabólica
☐ Cardiovascular
☐ Aborto

HISTÓRIA PEGRESSA

- ☐ Diabetes
☐ Cardiopatia
☐ HAS
☐ Medicação de uso:
☐ Alergias
☐ Outros

GRAVIDADE PRESUMIDA

- ☐ ILESO ☐ PEQUENA ☒ MÉDIA ☐ SEVERA

() ÓBITO EVIDENTE

ÁREA DE SINISTROS - DPV
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RJ

MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS

SAMU 192-BV
CONFERE COM ORIGINAL

Em 14/12/18

Stephanie

Rubli

OBSERVAÇÕES

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA
(na cena do acidente)

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA
(na viatura)

INCIDENTE

RCP

- ☐ Cancelamento
☐ Recusa de Atendimento
☐ Não se encontrava no local - EVASÃO
☐ Recusa de hospitalização
☐ Trote
☐ Bombeiro no local:

- Iniciada as: ☐ Término as:
RCP com sucesso
RCP sem sucesso
Obs:

- ☒ Polícia Militar
☐ Guarda Municipal
☐ SMTRAN
☐ Bombeiro
☐ Outros:

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 - HLI <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: _____		

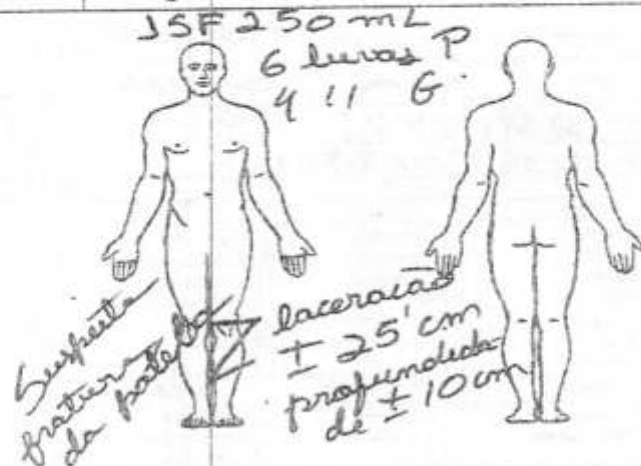
PERTINÊNCIA DO PACIENTE	Descrição:	
	Nome do Receptor:	
	Função do Receptor:	
	Assinatura do Receptor:	
TERCEIRO DE RECUSA	<input type="checkbox"/> Declaro para os devidos fins que estou recusando o <u>atendimento pré-hospitalar</u> disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
	<input type="checkbox"/> Declaro para os devidos fins que estou recusando o <u>transporte para unidade hospitalar</u> disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
	Assinatura do Paciente:	RG: _____
	TESTEMUNHA 01:	RG: _____
	TESTEMUNHA 02:	RG: _____

GESTANTE	
IG p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____
Perda de líquido: _____	BCF: _____
<input type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão	

MATERIAL E MEDICAÇÃO

1 RL 500 mL 2 pte de compressas
 1 equipo 4 ataduras 20cm
 1 fêlco n°-16 e 20 esparadrapo

Abertura Ocular	Classificação	Pontuação
Reflexo aberto, previamente à estimulação	Exponência	4
Abertura ocular em tom de voz normal ou em voz alta	Ab. Sim	3
Abertura ocular após estimulação da extremidade dos pés	Ab. Presão	2
Ausência persistente de abertura ocular sem fatores de interferência	Ausência	1
Outros fatores de desvio a favor local	Não Testado	NT
Resposta Verbal		Pontuação
Resposta coerente relativamente ao nome, local e data	Orientada	5
Resposta não coerente mas compreensível (relevante)	Conscia	4
Palavras isoladas inteligíveis	Palavras	3
Apenas sons	Sons	2
Ausência de resposta audível sem fatores de interferência	Ausência	1
Fator que interfere com a comunicação	Não Testado	NT
Resposta motora		Pontuação
Conhecimento de membros com 2 ações	A. ordem	5
Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo de rascacha ou pressão	Localizador	4
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, porém predominantemente não anormal	Flexão normal	3
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, porém predominantemente claramente anormal	Flexão anormal	2
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	Extensão	1
Ausência de movimento dos membros superiores/inferiores sem fatores de interferência	Ausência	0
Fator que limita resposta motora	Não Testado	NT



22h46

Vítima colusão mto x. carne, encontrada, pentada sem capote, ressegado franchamento + color carmesal, apresentando do fratura na região da patela + laceração torço distal do fêmur ± 30 cm com profundidade 10 cm, com exposição de tecidos moles. Com perfuração presente + pulsoação. Realizado protocolo de imobilização + AVP + analgesia, MOR ciente e encaminhada ao GT.

Dr. Vanessa S. de Moraes
 Clínica de Medicina Legal
 CORU-RR 387261

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

SAMU 192-DV
 CONFERE CC-31
 ORIENTAÇÃO
 EM 14/12/18
 Stephanie
 RUBIO

ASSINATURA E CARIMBO

20 JUN 2019 10:58
 00 - 00 00 - 00 00 00 00 00 00



CNPJ: 05.938.487/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.085.426-3
RUA MELVYN JONES, 218 - SÃO PEDRO - CEP: 98.305-912



236128

Maio/2019

Dados do Cliente:

REJANE DA LUZ DE QUEIROZ

RUA LOURIVAL SILVA, 1132 - TANCREDO NEVE
S. BOA VISTA RR 69388-000

Inscrição	Rota	Seq. Rota	Quantidade de Economias
001.014.129.0461.000	17	5203	RESIDENCIAL
Hidrometro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Espoto
Y125470735	04/12/2012	LIGADO	LIGADO
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM DE DIAS
LEITURA FAT. 1376	1394	18	34
LEITURA INF.			
DT. LEITURA 16/04/2019 20/05/2019			

ULTIMOS CONSUMOS

201904	7-0
201903	8-0
201902	9-0
201901	11-0
201812	7-0
201811	4-0
MEDIA	7

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição DECRETO FEDERAL N.º 8448 / 2008 D.M.					
AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTATIS	E.COLI
EXIGIDAS	198	198	198	198	198
AMPLIADAS	204	204	204	204	204
CONFORMES	204	204	204	204	204

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(5)		
CONSUMO DE AGUA	18 M3	48,08
ESGOTO	80.0 % DO VALOR DE AGUA	38,47
MULTA P/IMPONTUALIDADE 03/2019		0,86

VENCIMENTO: 15/06/2019

TOTAL A PAGAR

87,41



MATRICULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
236128	05/2019	15/06/2019	87,41

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



ÁREA DE SINISTROS - DPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - ROR

IMPRESSO EM: 23/05/2019 16:56:28

Via do Cliente

Via do CAER

**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
-------------------------	----------------	-----------------------------

836000000080.857900750004.000000001024.074904190050

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUN 2019

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9,613/98.

Pelo exposto, eu Denilze Correa Dantas inscrito (a) no CPF sob o Nº 792.657.152, 00,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Juamara Serrão da Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 886.462.972, 68, do sinistro de DPVAT cobertura Furto de 3 da Vítima
Juamara Serrão 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 <u>Av. General Ataíde Teive</u>		Número <u>2748</u>	Complemento <u>02</u>
Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309.000</u>	
Email <u>lidviboavista.pendencia@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(95) 99117.5392</u>



Boa Vista - RR, 31 de Maio de 2019
Local e Data

Denilze Correa Dantas
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MAILSON DE LIMA LEITE

RG nº 256.570, data de expedição 24/10/2019,

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 ALENCAR MACEDO, nº 443,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado 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: 9C6KE0910E000930

Data do Acidente: 10/09/2018

Local e Data: RUA CARLOS PEREIRA DE MELO 20-03-19 - Boa Vista RR

CARTÓRIO DO
2º OFÍCIO

MAILSON DE LIMA LEITE

Assinatura do Declarante

Benaias Sabino Rocha

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

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Aldeia Verde, 4307 - Ara Grande - Boa Vista/RR
Fone: (93) 3537-4389
Email: daniel@boa.vista.cartorioaquirino.com.br

75.510
Reconhecimento por VERDADEIRA a(s) firma(s)
"MAILSON DE LIMA LEITE"

Em testemunho da verdade, SSP
De que dou fé, Boa Vista/RR, 10 de janeiro de 2019.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em cartorioaquirino.com.br
REC.FIR.1682863542FOAKND00FT361

Emolumentos: R\$ 2,22 - Fundos: R\$ 0,60 - Total: R\$ 2,82

Daniel Aquino
Tabelião e Registrador
Escritório Autorizado

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 424 - Boa Vista - RR

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

Secretaria da Saúde

Hospital Geral de Roraima - PAAR / VSFF

Av. E. Igacora Eduardo Gomes, 3308

104-1
Gestão de Saúde
Aux. Supr. Saúde
18.06.19

1501201160 15/06/2019 22:42:13 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19 34

Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
JUCIMARA SERRAO DA SILVA	16/04/1988	32 A 4 M 24 D	898003280559105	88846297260	

Tipos Doc	Categoria	Órgão Emissor (Data Emissão)	Sexo	Estado Civil	Matrícula	Naturalidade	Nacionalidade
IDENTIDADE	15550109	SSP/RR	07/12/2001	F	SOLTEIRO(A/PARCELA)	MANAUS - AM	BRASILEIRA

Nome	Nome	Contato
FRANCISCA LABORDA SERRAO	JOAQUIM RAMOS DA SILVA	(95) 99436-9055

Endereço	Ocupação
RUA - ARARAQUARA - 206 - SAO VICENTE - BOA VISTA - RR	CAIXA

Cover da Risco	Plano de Saúde	Nº da Carteira	Validade	Ativação	Sig. Prontuário
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				

Mostrar de novo impressão	Carência de Atendimento	Profissional de Atendimento	Precedência	Forma	País	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA					

Setor	Procedimento SNI	Registro por
GRANDE TRAUMA	DEMANHA ESPONTANEA	FLAVIO ALVES

Queixa Principal	Síndrome Torácica	Sintomático Respiratório	Suspeito de Dengue

Exames Complementares	Exames Complementares

Exames Complementares	Exames Complementares

Exames Complementares	Exames Complementares

Exames Complementares	Exames Complementares

Exames Complementares	Exames Complementares

Exames Complementares	Exames Complementares

Exames Complementares	Exames Complementares

Exames Complementares	Exames Complementares

Exames Complementares	Exames Complementares

Exames Complementares	Exames Complementares

Exames Complementares	Exames Complementares

Exames Complementares	Exames Complementares

Exames Complementares	Exames Complementares

Exames Complementares	Exames Complementares

Exames Complementares	Exames Complementares

Exames Complementares	Exames Complementares

Exames Complementares	Exames Complementares

Exames Complementares	Exames Complementares

Exames Complementares	Exames Complementares

Exames Complementares	Exames Complementares

Exames Complementares	Exames Complementares

Exames Complementares	Exames Complementares

Exames Complementares	Exames Complementares

Exames Complementares	Exames Complementares

Exames Complementares	Exames Complementares

Exames Complementares	Exames Complementares

Exames Complementares	Exames Complementares

Exames Complementares	Exames Complementares

Exames Complementares	Exames Complementares

Exames Complementares	Exames Complementares

Exames Complementares	Exames Complementares

Exames Complementares	Exames Complementares

Exames Complementares	Exames Complementares

Exames Complementares	Exames Complementares

Exames Complementares	Exames Complementares

Exames Complementares	Exames Complementares

Exames Complementares	Exames Complementares

ALCOA

Ata 1469

SUS

Sistema Único de Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERVENÇÃO ESPECIAL CONTEÚDO INTERVENÇÃO

ÁREA DE INTERVENÇÃO ESPECIAL CONTEÚDO INTERVENÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

HGR

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

HGR

17 JUN 2019

2 - CNEB

4 - CNEB

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

Melina Sampaio de

GENTE SEGURADORA DA

Ata 1469

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

162922

7 - CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE (CIP)

81918101312181015151911015

8 - DATA DE NASCIMENTO

16/04/86

11 - NOME DA SEÇÃO DO RESPOSTA

Letícia Ladeira Sme

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO

Rua Marquês 206 - 25. Vinte

13 - ENDEREÇO DO RESIDENTE

Rua Vinte

14 - CÓDIGO DE ENDEREÇO

25

IDENTIFICAÇÃO DA INTERVENÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINTOMAS E SINAIS CLÍNICOS

Paciente portador de síndrome de umto
sem febre, com febre recorrente na região
inferior do tórax, com tosse e expectoração
de cor amarelada e com odor fétido.
As palmas e unhas apresentam hiperemia.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERVENÇÃO

Tratamento cirúrgico

19 - PRINCIPAIS EXAMES E EXATOS DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx Simplex do tórax e abdome - normal

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Infecção aguda - respiratória - bacteriana

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 TERCIÁRIO

Infecção aguda - respiratória - bacteriana

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento cirúrgico

26 - CLASSE

27 - CATEGORIA

28 - OCORRÊNCIA

29 - Nº DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL DO SERVIÇO

Dr. [Assinatura]

Dr. [Assinatura]

33 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

34 - OBSERVAÇÕES (EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS))

35 - Nº DO LAUDO

36 - DATA

37 - NOME DO RESPONSÁVEL

38 - CATEGORIA

39 - NOME DA EMPRESA

40 - CID

41 - NOME DO RESPONSÁVEL

42 - ENDEREÇO

43 - ENDEREÇO

44 - ENDEREÇO

45 - ENDEREÇO

46 - ENDEREÇO

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO RESPONSÁVEL

48 - Nº DO LAUDO

49 - Nº DO LAUDO

50 - Nº DO LAUDO

51 - Nº DO LAUDO

040806045

5868

1299



HOSPITAL DE SOROCABA
Rua do Comércio, 100 - Sorocaba - SP

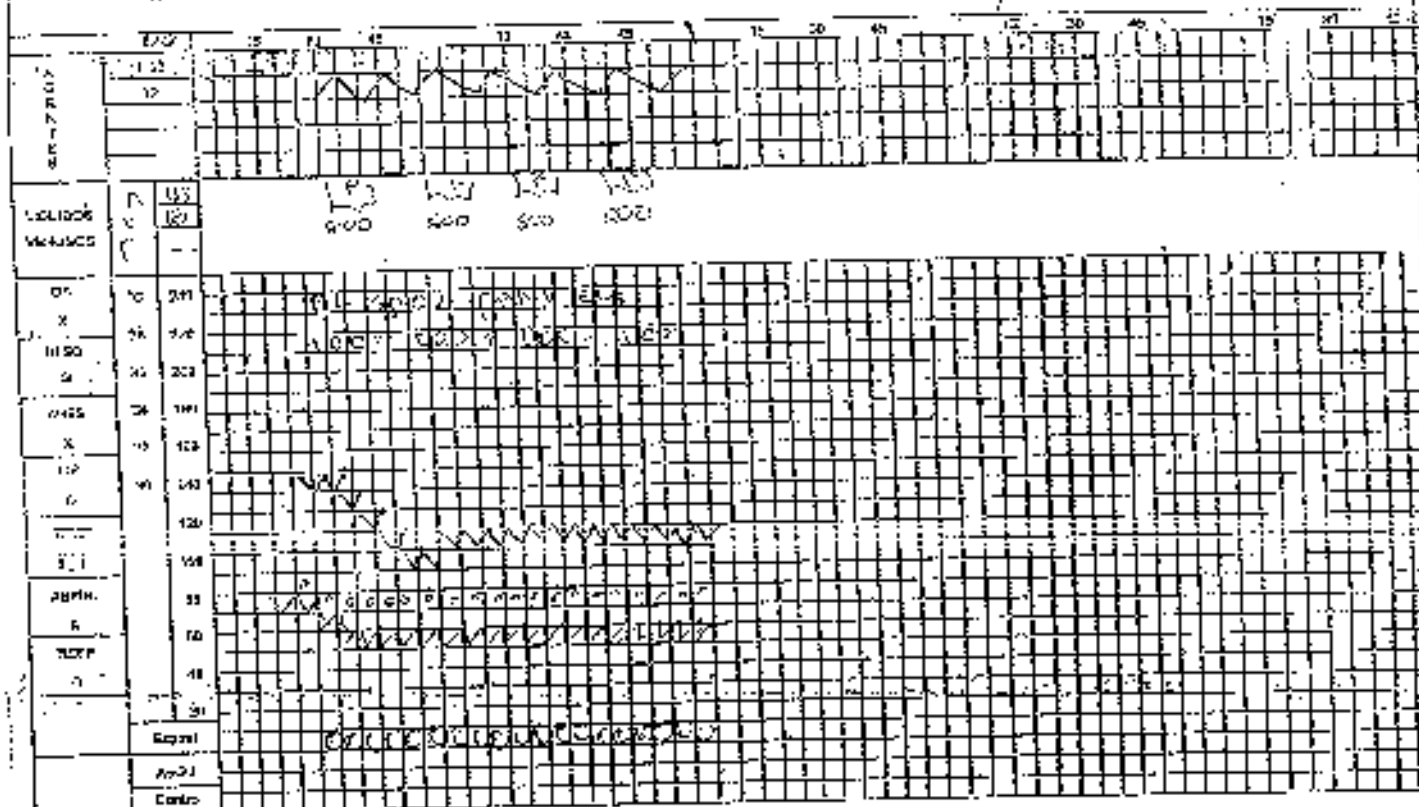
FICHA DE ANESTESIA

JUCIMARA SERRADO DA SILVA, 31A

10.09.18

Bom Uterio - BA

PRELIMINAR - ANEST. GERAL - HIPN. PROF.



SINUSOIDAL

ANESTESIA	ANEST.	TECNICA	ANEST.
Pre-anestesia 0.5 g/kg		Intubação orotraqueal	1 - 100% O ₂ com vaporizadores, ventilação manual e mecânica.
R		Intubação orotraqueal 7.5 mm	2 - 100% O ₂ em fluxo
C		Intubação orotraqueal 7.5 mm	3 - 100% O ₂ em fluxo
E		Intubação orotraqueal 7.5 mm	4 - 100% O ₂ em fluxo
F		Intubação orotraqueal 7.5 mm	5 - 100% O ₂ em fluxo
G		Intubação orotraqueal 7.5 mm	6 - 100% O ₂ em fluxo
H		Intubação orotraqueal 7.5 mm	7 - 100% O ₂ em fluxo
I		Intubação orotraqueal 7.5 mm	8 - 100% O ₂ em fluxo
J		Intubação orotraqueal 7.5 mm	9 - 100% O ₂ em fluxo
K		Intubação orotraqueal 7.5 mm	10 - 100% O ₂ em fluxo
L		Intubação orotraqueal 7.5 mm	11 - 100% O ₂ em fluxo
M		Intubação orotraqueal 7.5 mm	12 - 100% O ₂ em fluxo
N		Intubação orotraqueal 7.5 mm	13 - 100% O ₂ em fluxo
O		Intubação orotraqueal 7.5 mm	14 - 100% O ₂ em fluxo
P		Intubação orotraqueal 7.5 mm	15 - 100% O ₂ em fluxo
Q		Intubação orotraqueal 7.5 mm	16 - 100% O ₂ em fluxo
R		Intubação orotraqueal 7.5 mm	17 - 100% O ₂ em fluxo
S		Intubação orotraqueal 7.5 mm	18 - 100% O ₂ em fluxo
T		Intubação orotraqueal 7.5 mm	19 - 100% O ₂ em fluxo
U		Intubação orotraqueal 7.5 mm	20 - 100% O ₂ em fluxo
V		Intubação orotraqueal 7.5 mm	21 - 100% O ₂ em fluxo
W		Intubação orotraqueal 7.5 mm	22 - 100% O ₂ em fluxo
X		Intubação orotraqueal 7.5 mm	23 - 100% O ₂ em fluxo
Y		Intubação orotraqueal 7.5 mm	24 - 100% O ₂ em fluxo

Limpeza cirúrgica de perineo com antisséptico - Lactância de 100 ml

DR. JOSÉ F. L. Eudes Marques Filho

Maduro Amarelo - SP



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Jussara Ferreira da Silva				13 / 09 / 18	
TIPO		CIRURGIA			
Salvador MIB					
		INICIO	FIM	TEMPO DE DURAÇÃO	
		10:40	12:00		
CIRURGIÃO		EQUIPE MÉDICA			
Dr. Paulo Jefferson		ANESTESISTA: Dr. Carlos			
		RES. ANESTESIA: JAC			
1º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
2º AUXILIAR		CIRCULANTE			
		Circulante: Jussara MIB			
TIPO DE ANESTESIA: Raquiana		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCT'S COMPRESSAS C/02 UNID.		15	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTÉRIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº 3/0	
1	LUVA ESTÉRIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 3/0	
1	LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LOVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 11			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SPDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO	
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
	SERINGA 10ML			GROFOAM	
	SERINGA 20ML			FITA GARIPTAGA - Cateteres	
	elastress			OUTROS: Cateteres de o2	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			VALOR
INSTRUMENTADOR (A)		MATERIAL MEDICAMENTOS			
Enfermeira: Jussara MIB		SUB-TOTAL			
CIRCULANTE DE SALA		TAXA DE SALA			
Funcionário/Calculos		TAXA DE ANESTESIA			
		SOMA			
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

F-01



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

PACIENTE

DIH

DM

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

IDADE

HAS

NEGA

DM2

NEGA

LEITO

DATA

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORARIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

ATP: SFO 0.9% 500ml 1X/die

3

CEFALOTINA 1G EV 8/8H

4

TILATIL 20mg 12/12hs

5

DIPIRONA 2ML EV 8/8 G/N

6

TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 60mg (2x3x) VO DE 8/8 SE DOR INTENSA

7

PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)

8

RANITIDINA 50MG EV 8/8HS

9

SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)

10

SS/V + CCGG 6/6 II

12

CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 E/OU PAD > 110 MMHG

14

CURATIVO DIARIO

15

Antibiótico 2x/die (2x1) 100mg

16

Antibiótico 2x/die (2x1) 500mg

17

Antibiótico 4x/die (2x2) 500mg

18

Antibiótico 4x/die (2x2) 500mg

19

Antibiótico 4x/die (2x2) 500mg

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 3UI; 301-350: 4UI;
351-400: 5UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DLML, GLICOSE 50%,
40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ar bloco para programação cirúrgica

Dep. Ger. e Cir. - Roraima
Queiroz
Henri Faria - Faria

Regulador
para leito
F-01
Regulador Interno

SINAIS VITAIS	T	P	PA	FR
6 H	36.6°C	47	105/65	22
12 H	36	83	135 X 79	
18 H/15h	36.7	82 bpm	100 X 45 mmHg	20 bpm
24 H	36.8°C	69	115/73	

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

11h Paciente foi higienizada
tracando ferida e legião

Assinado O. Faria
Título em Cartão
11/09/2006 8:00

Nome:	Data:		Fase:		Linha:	
Nome Completo:	Idade:		Sexo:			
Especialidade:			Hipótese diagnóstica:			
Exatidão da Prescrição:			Exatidão da Prescrição:			
Alargado:			Qual (es):			
Necessidade de Intérprete:			Qual (es):			
Tem acompanhamento:			Outro:			
Comunicação:			Comunicação:			

SISTEMA NEUROLÓGICO			SISTEMA CARDIOVASCULAR		
Consciente	() Orientado	() Desorientado	Normotênico	() Hipotensão	() Hipertensão
Síndroma	() Torçivo	() Comatoso	Normal	() Hipotensão	() Hipertensão
Agitado	() Irradiado	() Não reagiu	Filoso	() Filoso	() Não Filoso
PUPILAS			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL		
Reagente	() Isotópica	() Miotópica	VO	() SNG/SOG	() SNE/SOE
Tecoriz	() Anisocóricas	() Não reagentes	Alimentação	() Sim	() Não
REGULAÇÃO TÉRMICA			Exatidão	() Presente	() Ausente
Afeite	() Hipotermia	() Hipertermia	Exatidão	() Presente	() Ausente
Fébre	() Fébre	() Próxia	Exatidão	() Presente	() Ausente
CARACTERÍSTICAS DA PELE			REGULAÇÃO ABDOMINAL		
Hidrata	() Desidrata	() Ressecada	Normotensa	() Distendida	() Glândula
Normotensa	() Hipotensa	() Hipertensa	Asfítica	() Marçã	() Simpática
Anilúsc	() Intésc	() Clamísc	Normotensa	() Presente	() Ausente
Actatúsc	() Edema Local		Visceral	() Sim	() Não
Outros parâmetros: () Sim () Não			SISTEMA URINÁRIO / DIURSE		
Reagiu			Exatidão	() SVD	() Anúria
Exatidão	() Sim () Não	EQ: () SIM () NÃO	Polúria	() Urúria	() Colúria
			Clamísc	() Irrigação contínua	() Urúria

SISTEMA RESPIRATORIO					
() Eupneico	() Bradipneico	() Taquipneico	() Dispneico	() An ambiente	() Traqueostomia
Cidogenotórax	() Sim	() Não	Quat		

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES									
Cateter Periférico:	() Sim	() Não	Local:		Data:		Inicio em:		
Cateter Central:	() Sim	() Não	Local:		Curativo realizado em:		Trocar em:		
Sinais de infecção no sítio da punção:	() Sim	() Não							
Sondas:	() Sim	() Não	() SNG	() SNF	() SDE	() GT	() Litotomia	() Sinusograma	
Drenos de:			Aspecto da secreção:				Quantidade:		
Cateteres Ventril:	() Sim	() Não	Data da instalação:				Inicio em:		
Órteses:	() Sim	() Não	Tipos:				Local:		

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		
1. Deglutição	2. Padrão respiratório irregular	3. _____
4. Risco de nutrição desequilibrada	5. Déficit no autocuidado para alimentação	6. _____
7. Risco de glicemia instável	8. Déficit no autocuidado para banho/higiene	9. _____
10. Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	11. Conhecimento deficiente	12. _____
13. Volume de líquidos excessivo	14. Comunicação verbal prejudicada	15. _____
16. Volume da tiragem deficiente	17. Risco de dignidade humana comprometida	18. _____
19. Eliminação urinária prejudicada	20. Processos fisiológicos disfuncionais	21. _____
22. Risco de constipação	23. Risco de quedas	24. _____
25. Diarreia	26. Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	27. _____
28. Incontinência fecal	29. Dor aguda	30. _____
31. Padrão do sono prejudicado	32. Dor crônica	33. _____
34. Incapacidade física prejudicada	35. Edema	36. _____
37. Integridade da pele prejudicada	38. Risco de broncoaspiração	39. _____
40. Risco de integridade da pele prejudicada	41. Risco de infecção	42. _____
43. Confusão prejudicada	44. Ventilação espontânea prejudicada	45. _____



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

HER

01

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

IDADE

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORARIO

DIETA ORAL LIVRE

AVP: SFO 0.9% 500ml 1X/dia

CEFALOTINA 1G EV 8/8H

TILATIL 20mg 12/12hs

DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N

TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 0/0p(20gie) VO + 6/6H SE DOR INTENSA

PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)

RANITIDINA 50MG EV 8/8HS

SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)

SSV + COGG 6/8 H

CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 E/OU PAD > 110 MMHG

CURATIVO DIARIO

CEFTAMANDOL 500mg VO 1X/dia

METOPROLOL 20mg 500mg VO 8/8h

C. LEXANE 40-5 SE 1X/dia

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),

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

351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E/OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%

40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

No bloco para programação cirúrgica

Dr. Marcelo Marques

Médico Residente

Ortopedia e Traumatologia

CRP 12181RR

SINAIS VITAIS

PA

FC

FR

T

6 H

12 H

18 H

24 H

130/80

93

20

36

140/80

83

20

36

130/70

68

20

35

129/80

75

20

36

Dr. José Roberto Galvão

Dr. Entomologia

Dr. Entomologia

RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA



Bloco: _____ Data: _____ Enfermeiro: _____
 Antecedentes: Jucimara Santos da Silva Idade: _____ Sexo: X F M
 Admissão no Hospital: Sim X Não Hipótese Diagnóstica: _____
 Alegria: X Sim Não Confiança: Confiança Medicação: Critérios de avaliação: _____
 Capacidade de Interação? Sim X Não Qual(is): Olfato _____
 Período de internamento: X Sim Não Olfato: _____
 Hemodinâmica: Normal X Sem drenagem Escala de coma: _____
 Escala de coma: _____

SISTEMA NEUROLÓGICO <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Inquieto <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Resposta a estímulos <input type="checkbox"/> Não reage			SISTEMA CARDIOVASCULAR <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Pulso cheio <input type="checkbox"/> Murmúrio <input type="checkbox"/> Arritmia		
PUPILAS <input checked="" type="checkbox"/> Pupila reagentes <input checked="" type="checkbox"/> Isotópicas <input type="checkbox"/> Anisotópicas <input type="checkbox"/> Esféricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Miotílicas <input type="checkbox"/> Arteriais <input type="checkbox"/> Hipotônicas <input type="checkbox"/> Hipertônicas <input type="checkbox"/> Hipertônicas <input type="checkbox"/> Faltam <input type="checkbox"/> Presença			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNG/DOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT Auscultação do abdome: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial Presença de: <input checked="" type="checkbox"/> Presença <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Cólica <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Melena Flatos: <input type="checkbox"/> Presença <input type="checkbox"/> Ausente		
REGULAÇÃO TÉRMICA <input checked="" type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Hipertermia <input type="checkbox"/> Perif. <input type="checkbox"/> Faltam <input type="checkbox"/> Presença			REGULAÇÃO ABDOMINAL <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distensão <input type="checkbox"/> Cólica <input type="checkbox"/> Análise <input type="checkbox"/> Mucosa <input type="checkbox"/> Tintura Ruidos hidroacústicos: <input type="checkbox"/> Presença <input type="checkbox"/> Ausente Visceromegalias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
CARACTERÍSTICAS DA PELE <input checked="" type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Normotermia <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Hipertermia <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Miotílicas <input type="checkbox"/> Clamatores <input type="checkbox"/> Anisotópicas <input type="checkbox"/> Edema Local: _____ Escala por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Regime: _____			SISTEMA URINÁRIO / BILIAR <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Orifício <input type="checkbox"/> Poliduria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Colúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Irrigação contínua <input type="checkbox"/> Uropexia		
SISTEMA RESPIRATÓRIO <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Poliduria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Colúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Irrigação contínua <input type="checkbox"/> Uropexia			CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES Local: <u> </u> Data: <u> </u> Função: _____ Curativo realizado em: _____ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SVE <input type="checkbox"/> GTT Aspecto da secreção: _____ Data de instalação: _____ Tipo: _____		

☒ Eupneico ☐ Bradipneico ☐ Taquipneico ☐ Dispneico ☐ At ambiente ☐ Frequência normal
☒ Oxigenoterapia ☐ Sim ☐ Não ☐ Não

Cateter Periférico: ☒ Sim ☐ Não
 Cateter Central: ☐ Sim ☒ Não
 Sinais de Infecção no sítio de inserção:
 Rubor: ☐ Sim ☒ Não ☐ SNG
 Furo de: _____
 Cateter Venoso: ☐ Sim ☒ Não
 Prótese: ☐ Sim ☒ Não

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM <input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada <input type="checkbox"/> Risco de governo instável <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume de líquidos <input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo <input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente <input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de constipação <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Incontinência Intestinal <input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado <input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada <input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada <input type="checkbox"/> Conforto prejudicado	<input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz <input type="checkbox"/> Deficit na autoconsciência para alimentação <input type="checkbox"/> Deficit na autoconsciência para banho/higiene <input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente <input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de dignidade humana comprometida <input type="checkbox"/> Profissão familiar desfuncionada <input type="checkbox"/> Risco de quedas <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal <input type="checkbox"/> Dor aguda <input type="checkbox"/> Dor crônica <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Risco de hiperóxia <input type="checkbox"/> Risco de infecção <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada
---	---

Paciente: <u>Vicimora Serrão da Silva</u>					
DATA: <u>12.09.18</u>		Localização / Região: <u>MLE</u>		DATA:	
<input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II		 		<input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Nódulos neuromusculares <input checked="" type="checkbox"/> Química <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outros: _____ Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Química <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outros: _____ Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		
Tamanho da Ferida:	<input checked="" type="checkbox"/> Ordem de granulação <input type="checkbox"/> com escalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		<input type="checkbox"/> Ordem de granulação <input type="checkbox"/> sem escalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		
Aparência do Unhas:	<input type="checkbox"/> seco, málito <input type="checkbox"/> úmido, pouco úmido, moderado <input type="checkbox"/> profundo, abundante		<input type="checkbox"/> seco, málito <input type="checkbox"/> úmido, pouco úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		
<input checked="" type="radio"/> Qualidade da Exsudato	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input checked="" type="checkbox"/> Sangüíneo <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguinolento		<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sangüíneo <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguinolento		
<input checked="" type="radio"/> de exsudato:	<input checked="" type="checkbox"/> Sem odor <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Cores:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> à beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> (Sem odor)		<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> à beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor		
Condição da pele Perifoneal:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Manada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Manada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____		
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Cloroxídina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Cloroxídina 1% <input type="checkbox"/> Cloroxídina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Cobertura primária (Contato direto da ferida)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	<u>diário</u>				
Compro e ass. Téc. em Enfermagem	<u>Martha de Souza N. Vieira</u> Auxiliar de Enfermagem - COREN-SP nº 12.345		01- _____ 02- _____		
Compro e Assinatura do Enfermeiro	<u>Ameliana</u>				
OBS:			OBS:		



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DHI		DN	
PACIENTE <i>Mr. Manoel L. da Silva</i>					
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA <i>13/04/12</i>	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				24h
2	AVP: SFO.0% 500ml 1X/dia				24h
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6h				12h, 18h, 24h
4	TIL ATIL 20mg 12/12hs				08h, 20h
5	DIPIRONA 2ML EV 8/8h				12h, 18h, 24h
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 51oz(30gts) VO DE 6/6h SE DGR INTENSA				3h, 9h, 15h
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				3h, 9h, 15h
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				3h, 9h, 15h
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				3h, 9h, 15h
10	SSVV + CCGG 6/6 h				12h, 18h, 24h
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				3h, 9h, 15h
14	CURATIVO DIÁRIO				12h
15	<i>Antes de usar lavar bem as mãos com água e sabão</i>				12h
16	<i>Manter a pele limpa e seca</i>				12h
17	<i>Evitar exposição solar direta</i>				12h
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 D/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

paciente está bem, sem dor, sem febre, sem tosse, sem dispnéia.
Debate cirúrgico a ser realizado.

14:25

PA: 122 x 81

FC: 68

FC: 39

+C: 36.2°C

Yara R. A. Batista
Téc. Enfermagem
1979 16 00 7879

SINAIS VITAIS				
6 H	<i>rec</i>	<i>apoiado</i>		
12 H	154 x 93	68	36.2	
18 H	150 x 90	70	36.0	
24 H				

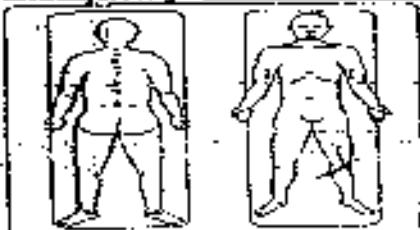
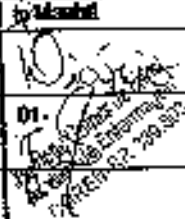
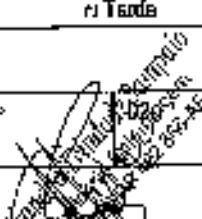
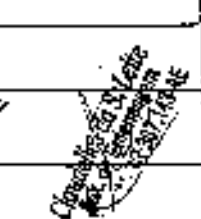
Regulando para leito
 13/04-3 11:15
 Regulando internado

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

Dr. Felipe Cavalcanti
Residência em Ortopedia e Traumatologia
14/04/12

SISTEMA NEUROLÓGICO				SISTEMA CARDIOVASCULAR			
<input checked="" type="checkbox"/> Sonoridade	<input checked="" type="checkbox"/> Orientação	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Taquicardia	BC:	
<input type="checkbox"/> Sedado	<input type="checkbox"/> Tépido	<input type="checkbox"/> Comatoso	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Hipertensão	PA:	
<input type="checkbox"/> Agitado	<input type="checkbox"/> Resposta a estímulos	<input type="checkbox"/> Não reage	<input type="checkbox"/> Pulso cheio	<input type="checkbox"/> F. Normal	<input type="checkbox"/> Arritmico	Pulso:	
PUPILAS				ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL			
<input type="checkbox"/> Foco reagente	<input type="checkbox"/> Músculos	<input type="checkbox"/> Músculos	<input type="checkbox"/> A/V	<input type="checkbox"/> SNG/SOG	<input type="checkbox"/> SNG/STP	<input type="checkbox"/> Lact	<input type="checkbox"/> NPT
<input checked="" type="checkbox"/> Simétricas	<input type="checkbox"/> Anisocóricas	<input type="checkbox"/> Não reagentes	Alimentação da Úlcera: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial				
REGULAÇÃO TÉRMICA				Digestão: <input type="checkbox"/> Presença <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Colostomia			
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Hipotérmico	<input type="checkbox"/> Hipertérmico	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input checked="" type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> Alça	
<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Frio	<input type="checkbox"/> Piraxia	Pratos: <input checked="" type="checkbox"/> Presença <input type="checkbox"/> Ausente				
<input type="checkbox"/> Hipotermia				REGIÃO ABDOMINAL			
CARACTERÍSTICAS DA PELE				<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Distendida	<input type="checkbox"/> Globosa	<input type="checkbox"/> Flácida
<input checked="" type="checkbox"/> Aliviada	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Ressecada	<input type="checkbox"/> Anódia	<input type="checkbox"/> Macia	<input type="checkbox"/> Empastada		
<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Hipercorada	Ruidos Hidroacústicos: <input type="checkbox"/> Presença <input type="checkbox"/> Ausente				
<input type="checkbox"/> Anictérica	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Cianótica	Visceromegalia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		FD: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
<input type="checkbox"/> Aclerótico	<input type="checkbox"/> Edema	Local: _____	SISTEMA URINÁRIO / DIURESE				
Obstrução por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não				<input checked="" type="checkbox"/> Espontâneo	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> Anódia	<input type="checkbox"/> Oligúria
Resíduo: _____				<input type="checkbox"/> Polúria	<input type="checkbox"/> Disúria	<input type="checkbox"/> Crúria	<input type="checkbox"/> Hematúria
Curativo realizado: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	FD: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				<input type="checkbox"/> Cistostomia	<input type="checkbox"/> Irrigação contínua	<input type="checkbox"/> Uropex
SISTEMA RESPIRATÓRIO							
<input checked="" type="checkbox"/> Eupneico	<input type="checkbox"/> Bradipneico	<input type="checkbox"/> Taquipneico	<input type="checkbox"/> Dispneico	<input checked="" type="checkbox"/> Ar ambiente	<input type="checkbox"/> Traqueostomia		
Oxigenoterapia: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Qual: _____						
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES							
Cateter Periférico: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Local: <u>14-0</u>	Data: <u>11/09/18</u>	Técnic: _____				
Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Local: _____	Curativo realizado em: _____	Técnico: _____				
Sinais de Infecção no sítio da punção: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNG
Sonda de: _____	Agente da infecção: _____	Quantidade: _____					
Ureter de: _____	Data da instalação: _____	Local: _____					
Bolsa Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Tipos: _____	Local: _____					
Prótese: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não							

1) Regulação	1) Padrão respiratório idealizado	1) _____
2) Risco de nutrição desequilibrada	2) Déficit na autonomia para alimentação	1) _____
3) Risco de asfixia na lactação	3) Déficit na autocuidado para banho/higiene	1) _____
4) Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	4) Condição mental deteriorada	1) _____
5) Volume de líquidos aumentado	5) Comunicação verbal prejudicada	1) _____
6) Volume de líquidos deficiente	6) Risco de dignidade humana comprometida	1) _____
7) Eliminação urinária prejudicada	7) Processos familiares disfuncionais	1) _____
8) Risco de constipação	8) Risco de quedas	1) _____
9) Dor crônica	9) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	1) _____
10) Integridade interpessoal	10) Dor aguda	1) _____
11) Padrão de sono prejudicado	11) Dor crônica	1) _____
12) Atividade física prejudicada	12) Infância	1) _____
13) Integridade da pele prejudicada	13) Risco de broncoaspiração	1) _____
14) Risco de integridade da pele prejudicada	14) Risco de infecção	1) _____
15) Conforto prejudicado	15) Ventilação espontânea prejudicada	1) _____

Nome: <u>Jucimara Serrão da Silva</u>	
DATA: <u>13/04/18</u>	Localização / Região: <u>M.I.E</u>
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	
Etiologia:	<input checked="" type="checkbox"/> Pressão / <input type="checkbox"/> II - III - IV / <input type="checkbox"/> Venosa - arterial / <input type="checkbox"/> Úlcera <input type="checkbox"/> queimadura / <input type="checkbox"/> cirúrgica / <input type="checkbox"/> trauma / <input type="checkbox"/> outra:
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação / <input type="checkbox"/> com escara <input type="checkbox"/> Tecido necrótico
Quantidade de Exsudato:	<input type="checkbox"/> seco, mínimo / <input type="checkbox"/> líquido, pouco <input type="checkbox"/> líquido, moderado / <input type="checkbox"/> purulento, abundante
Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso / <input type="checkbox"/> límpido / <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento / <input type="checkbox"/> Serososanguíneo
Dor:	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não
Odor:	<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"/> Sem odor
Condição da pele Periférica:	<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 checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% / <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% / <input type="checkbox"/> Outro:
Cobertura primária (Contato direto ao ferido):	<input type="checkbox"/> Gaze / <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase / <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE / <input type="checkbox"/> Outro:
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã / <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	
Caderno e resp. Tec. em Enfermagem	01-  02-  03- 
OBS:	OBS:

104-1



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	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO	
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	TFNOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA S/N	
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/9H S/N	
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DL 6/8H	
9	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DC 8/8H SE DOR INTENSA	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 L OU PAD > 110 MMHG	
11	SSVV + COGS 8/8 H	
12	CURATIVO DIÁRIO	
13	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (INICIO 11/09)	
14	METRONIDAZOL 500MG EV 8/8HR	
15	GLEXANE 40 MG SC 1X DIA	
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
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 U/L ML, GLICOSE 80% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

MONITORIAÇÃO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICÚTICO, AFEBRIL, PULNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO:
CONDUITA: MANTIDA

06h P.A 122 x 78
FC 80
TAX: 5 T. Torax
Isaquel Lacerda Silva
Ferreira
DORCI

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	SEM PRLV	SÃO	FR
12 H	125 x 76	79	17	35,82
18 H	87 x 63	80	19	36,21
24 H	106 x 67	81		

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

Realizado exame de RX de punção de artroscopia de 22. Paciente medicado com analgésico e anti-inflamatório. Não há dor nem edema. Verificado GCS 15.

Geandria dos Santos Pereira
Técnica de Radiologia
RORAIMA 12.340-755



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HCR

Protocolo Nº 1

Versão: 06

Atualizado em 2013
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENT/LEITO: 104.1

Nome: Guimaraes, Sônia

DATA: 24/09/18

☐ GRAU - I

☒ GRAU - II

Localização / Região

M.E.



DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão - I - II - III - IV ☐ Úlceras ☐ Artéria ☐ Diabetes
☐ Queimadura ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outras: _____

Tamanho da Ferida

Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm

Aspecto do Leito

☒ Tachio de granulação ☐ sem esclero
☐ Leito necrótico

Quantidade de Exsudato

☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco
☒ úmido, moderado ☐ úmido, abundante

Tipo de exsudato

☐ Sero ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☒ Serosanguíneo

Cor

☒ S/ir ☐ Não

Odor

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a baixa do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

Condição da pele
Periférica

☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outros: _____

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Cloroxidina 1%
☐ Cloroxidina 4% ☐ Outros: _____

Cobertura primária
(Contato direto da lesão)

☒ Gaze ☐ Colágeno
☒ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☒ AGE ☐ Outros: _____

Hora do curativo

☐ Manhã ☒ Tarde

Data da Próxima troca
Em caso de 6 de 24hs

Carimbo e ass.
Téc. em Enfermagem

Vanessa da Silva Moraes
Téc. em Enfermagem

02- Ana Carolina da Silva Gomes
Téc. em Enfermagem

Carimbo e Assinatura
do Enfermeiro

COREN-PR 955.1.1.177

02- COREN-PR 624.672

OBS:

OBS:

OBS:

OBS:

OBS:

OBS:

OBS:

OBS:

OBS:

OBS:

OBS:

OBS:

OBS:

OBS:

OBS:

OBS:

OBS:

OBS:



DATA DE ADMISSÃO: _____

AGNOSTIC

M. ERGİLİS

TABLE

Has

1342

LEITO

DATC

15/09/2018

11 FEB 1965

PRESCRIÇÃO

BIBLIOTHECA

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

SF 3.9% ECOYAL FV 8.0%

TENOXICAM 40 MG, IV, (XIDIA S/N

METOCLOPRAMIDE 10MG EV BSH SUN

DIPLONA 500MG 2ML EV DE BSH

TRAMAL 100MG - SFC, 3%, 100ML, CV DE 0/8H SE DOR INTENSA

CAPTOPRIL 25 mg VO SL PAS > 160 F OU PAD > 110 MMHG

$$SSVV + CCGC \rightarrow H$$

CURATIVO DARK

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

MEFENIDAZOL 500MG EV 9/81(R)

CLFX/NF 40 MG SC 1X DIA

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 DO GLICOSE ≤ 70 DLM, GLICOSE
60% 40 ML EV - AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCUENTRO PACIENTE DEJADO NO HECHO,
ATIVO, RELATIVO, CONTACTUANTE

PARAXAMIL FÍSICO: REG, ACIANÓTICO,
ANICTÉRICO, AFEBRIL, SUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITANDO :

if CONCLUDE: MAINTAIN

Plano Diretor eletrônico. Parecerito
recomenda no item 10, e se acompanha
Administração ex-mostrar de
fórmula, exerce item 95, pois a
matéria não dispunha. 18-03 realiza
de RVP, julho 22 em 18-03. TEGRA
nao se quer esta ter sido com acao

STAFFS / A / IS

[illegible]

12 H	16 C	24 O
------	------	------

18 H	1000	100
------	------	-----

24 H 1881 72

FR

MEMO TO RESIDENTS: BE OK, OPEN & ...

$\frac{d}{dt} \left(\frac{\partial L}{\partial \dot{x}} \right) = \frac{\partial L}{\partial x}$

delivered by the
Congress,

[Handwritten signature]

Telefon: 02-259 276
Techn. d. Enkennung
LSCN 259 276

17.25h. Administração de um "9" tramal, queixa-se de dor intensa, repõe.

Centro de Ensino Superior
de Engenharia
0274-26273



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1 Versão 01

Data de Revisão:
Fevereiro 2013

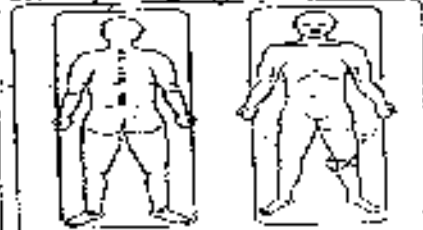
Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 104-6

Nome: Juliana Senão da Silva

DATA: 15/09/18

Localização / Região: H.P.E.



GRAU - I

GRAU - II

Etiologia:

Localização da Ferida:

Aparência do Leito:

Quantidade do Exsudato:

Tipos de exsudato:

Dor:

Odor:

Condição da pele
Periférica:

Solução para limpeza:

Cobertura primária
(contato direto da lesão)

Plano curativo:

Data da próxima troca:
Em caso de + de 24hs

Carimbo e ass.
Téc. em Enfermagem

Carimbo e Assinatura
do Enfermeiro

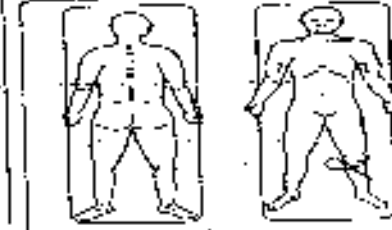
OBS:

DATA: 15/09

GRAU - I

GRAU - II

Localização / Região: H.I.L.



Etiologia:

Localização da Ferida:

Aparência do Leito:

Quantidade do Exsudato:

Tipos de exsudato:

Dor:

Odor:

Condição da pele
Periférica:

Solução para limpeza:

Cobertura primária
(contato direto da lesão)

Plano curativo:

Data da próxima troca:
Em caso de + de 24hs

Carimbo e ass.
Téc. em Enfermagem

Carimbo e Assinatura
do Enfermeiro

OBS:

OBS:

OBS:

OBS:

OBS:

OBS:

OBS:

OBS:

OBS:

OBS:

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					
ACNÓSTIC					
ALERGIAS		HAS		DM?	
IDADE		LEITO		DATA	
JTCM		104-1		16/09/2018	
PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIFTA ORAL CIVRE				S.N.D
2	SF 0,9% 500ML EV S/N				S.V
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA S/N				S.V
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				S.V
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 8/8H				S.V
9	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				S.V
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SF PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				Atenção
11	SSVV + CCGG 6/6 H				R.D. ma
12	CLIMATIZADOR DIÁRIO				Atenção
13	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (INICIO 11/09)				Atenção
14	METRONIDAZOL 500MG EV 8/8H				Atenção
15	CLEXANE 40 MG SC 1X DIA				Atenção
16					
17					
18					
19					
20					
<p>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI L OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

41 INCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,
ATIVO, REATIVO, COM FACTUANTE
42 EXAME FÍSICO: B&G, ACIANÓTICO,
ANICTÉRICO, APT. BRIL, LUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
43 SÓCIOCIDADO:
44 CONDUZA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

DATA	PA	FC	FR
12H	100x66	96	35.5
18H	100x66	96	35.5
22H	128x98	110	

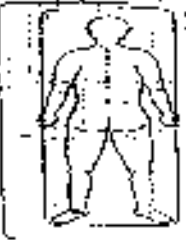

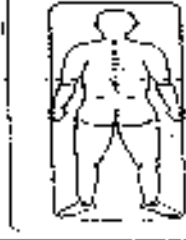
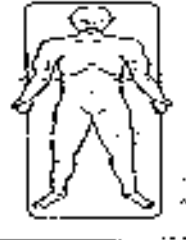

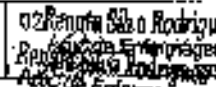
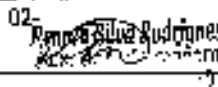
MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA
E TRAUMATOLOGIA
MARCOS AGUIAR
CRM 100.000

Porte - Paciente embaixo de m.c.p.m. + S.O.V.S
6:00 Troca de AVP.

17.09.18
5.15
C. J. J. J.



ENT/LEITO: 1042

Nome: <u>Maíra Pereira da Silva</u>			
DATA: <u>16/09</u>	Localização / Região: <u>M.E.</u>  	DATA: <u>16/09</u>	Localização / Região: <u>M.E.</u>  
<input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II		<input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	
Etiologia:	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Vênosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Distúrbio trocaxopático <input checked="" type="checkbox"/> Queimadura térmica / elétrica	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Vênosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Distúrbio trocaxopático <input type="checkbox"/> Elétrica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma térmico <u>queimadura</u>	
Tamanho da Ferida:	Comprimento: <u>5</u> cm Largura: <u>2</u> cm Profundidade: <u>1</u> cm	Comprimento: <u>5</u> cm Largura: <u>2</u> cm Profundidade: <u>1</u> cm	
Aparência do Leito:	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esclero <input type="checkbox"/> Tecido rosáceo	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> sem esclero <input type="checkbox"/> Tecido rosáceo <input type="checkbox"/> Seco	
Quantidade de Exsudato:	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input checked="" type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	
Coar:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <u>com odor</u> <input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <u>com odor</u> <input type="checkbox"/> Não	
Odor:	<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"/> Sem odor	<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"/> Sem odor	
Condição da pele Periférica:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Purido <input type="checkbox"/> Outras	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Purido <input type="checkbox"/> Outras	
Solução para limpeza:	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	
Cobertura primária (Contato direto na lesão):	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:	
Tempo do curativo:	<input type="checkbox"/> Manhã <input checked="" type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input checked="" type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca:	<u>Diária</u>	<u>Diária</u>	
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:		OBS:	



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DI

DN

PACIENTE JUCIMARA SERRAO DA SILVA

AGNOSTIC

ALERGIAS

HAS

DM2

IDADE

LEITO

104-1

DATA

17/09/2018

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

SND

DILTA ORAL 1 IVRL

2 SF 0,9% 500ML EV S/N

4 CENOXICAM 40 MG, IV, 1 X/DIA S/N

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

8 DIFENHIDRAMINA 500MG 2ML EV DE 6/6H

9 IRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV 1 X/8H SE DOR INTENSA

10 CAPTOPRIL 25 mg VO SF PAS > 150 E OU PAD > 110 MMHG

11 SSVP 100MG 6/6 H

12 CURATIVO DIÁRIO

13 CEFOTAXIMA 240MG EV 1 X AO DIA (INICIO 11/09)

14 METRONIDAZOL 500MG EV 8/8H

15 CLEFANE 40 MG SC 1 X DIA

16

17

18

19

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESCALMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DML, GLICOSE
50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ALCONTO PACIENTE DE TADO NO LLITO,
ATIVO, RELATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO,
ANCIÉRICO, AFBRIIL, PUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITAÇÃO:

CONDIÇÃO: MANTIDA

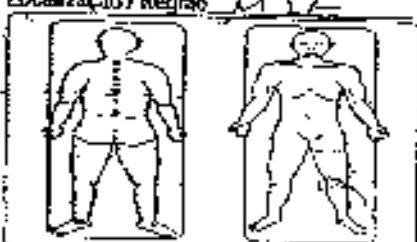

PROGNÓSTICO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA SEM PRELAVÃO

U H	PA	PC	FR
12 H	6/6	6/2	
18 H			
24 H			

MEDICO RESPONSÁVEL DE ORTOPÉDIA
TRAUMATOLOGIA
MARCOS AGUIAR
CENTRO-OR

12 Hs paciente em estado de
alerta, com nível de consciência
e SF 0,9% 500ml EV 1 X/8H
segundo o enfermeiro responsável.

Nome: <u>Juvenara Severina da Silva</u>		309.1	
DATA: <u>17/09/18</u>	Localização / Região: <u>M.E.</u>	DATA:	Localização / Região:
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II		<input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	
Etiologia: <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Úlcera Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outras: _____	Contingência: <input type="checkbox"/> em <input type="checkbox"/> Lateral: <input type="checkbox"/> em <input type="checkbox"/> Profundidade: <input type="checkbox"/> em	Etiologia: <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Úlcera Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outras: _____	Contingência: <input type="checkbox"/> em <input type="checkbox"/> Lateral: <input type="checkbox"/> em <input type="checkbox"/> Profundidade: <input type="checkbox"/> em
Aparência do Leito: <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escasseio <input checked="" type="checkbox"/> Tecido necrótico <u>Sulfato</u>	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escasseio <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <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"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serosanguíneo	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Odores: <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"/> sem odor	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Edema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____	<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"/> sem odor	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Edema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____
Solução por: <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outros: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outros: _____
Hora do curativo: <input type="checkbox"/> Manhã <input checked="" type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca: Em caso de urgência:	<u>Diário</u>	Data da Próxima troca: Em caso de urgência:	<u>Diário</u>
Contato e ass. em Enfermagem:	01- <u>939.622</u> - 365 252 TE <u>Vinissa</u>	01- <u>939.622</u> - 365 252 TE <u>Vinissa</u>	01- <u>939.622</u> - 365 252 TE <u>Vinissa</u>
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	_____	_____	_____
ONS:	_____	ONS:	_____



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: Alexandre Martins Alves _____ ANOS.
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, _____
DIAGNÓSTICO DE Tuberculose com lesão extensa



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU – SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Guarino Alencar do Azevedo 32 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 11/09/18 COM
DIAGNÓSTICO DE Lesão parcial do tendão patelo

NO DIA 11/09/18 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Artroscopia do joelho parcial do tendão patelo SENDO
OPERADO PELO DR. Paulo Jefferson E DR. —

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 17/09/18 ÀS 1500h EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 17/09/18 ÀS —

DR. Paulo Jefferson

ÁREA DE ANISTROS - DPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUN 2019

ORIENTAÇÕES GERAIS:

- 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(RIM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR

SEJA VISTA 17/09/18

DR. Paulo Jefferson
Cirurgião de Ortopedia
CRM 114.158

MÉDICO



NOME: JUCIMARA SERRAO DA SILVA

DATA: 05/01/2019

IDADE: 32 ANOS

CONVÊNIO: PARTICULAR

MÉD. SOLICITANTE: DR. ALAN BRAGA PERFEITO

RELATORIO ULTRASSONOGRÁFICO JOELHO ESQUERDO

REALIZAMOS ULTRASSONOGRAFIA EM MODO BILDMENSIONAL, COM EQUIPAMENTO DINÂMICO LINEAR MULTIFREQUÊNCIA, 2,5 - 7,5 - 12 MHz.

TENDÃO DO QUADRICEPS DE ASPECTO ESPESADO, 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 MODERADAS QUANTIDADES DE IMAGENS ANECOGÊNICAS, SEM ELEMENTOS CORPUSCULARES EM SEU INTERIOR, NÃO ENCAPSULADAS, QUE CORRESPONDEM 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 PERÍOSTIO DO TERÇO SUPERIOR DA TÍBIA TIPO FRONÔS.

LIGAMENTOS COLATERAIS

LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL, INTERNO E EXTERNO DE CARACTERÍSTICAS NORMAIS.

OPINIÃO:

- IMAGENS QUE SUGEREM TENDINITE CRÔNICA SEVERA DO TENDÃO DO QUADRICEPS DA COXA DIREITA.

- DERRAME EXTRA-ARTICULAR NA PORÇÃO ANTERIOR E LATERAL DA PATELA.

GUILHERMO Z. PANTOJA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG

MÉDICO ESPECIALISTA EM MEDICINA DA PATELA - ESPECIALISTA EM ULTRASSONOGRAFIA - UNIVERSIDADE DA ÁREA ANTONA

BUENOS AIRES - COLOMBIA - MEMBRO DA FUNDAÇÃO PARA O AVANÇO DA REUMATOLOGIA - FARE - PORTO RICO, COLOMBIA - MEMBRO

TITULAR DO AMERICAN INSTITUTE OF ULTRASOUND IN MEDICINE - AIUM - LAUREL, MD - ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA

MÉDICO TITULAR - PRESIDENTE - ASSOCIAÇÃO COLOMBIANA DE MÉDICOS ULTRASSONOGRAFISTAS - SOCODIM - 2003 - 2005

- MEMBRO TITULAR DA SOCIEDADE COLOMBIANA DE ULTRASSONOGRAFIA MÉDICA - SOCODIM - E FEDERAÇÃO

LATINOAMERICANA DE ULTRASSONIDO - FLACS - MEMBRO LÍDER DA FEDERAÇÃO DE SOCIEDADES DE ULTRASSONOGRAFIA

- FISICAL - SOCIO-MEMBRO LÍDER DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ULTRASSONOGRAFIA - S.BUS - SÃO PAULO - BRASIL - CEM

- AM 2007.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUN 2019

GENTE SEGURO S.A.
Rua do Brasil, 111 - Rio de Janeiro, RJ

AP

E



Nome do paciente: LUCIMARA GUTERRES DA SILVA

Data da Exatidão: 15/01/2003

BMD - DIAGNOSTICOS

Sexo: Feminino

Data do Exame: 02/01/2003 14:08:23

Nº do Acesso: 075365 01 12-197

99,0 %

técnico (a):

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

NOME
JUCILENE SERRAO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSÃO
18886109 SSP AM

CPF
886.462.972-68

DATA NASCIMENTO
16/04/1986

FUNÇÃO
JOAQUIM RAMOS DA SILVA
LIEITEZ LARONDA SERRAO

PERMISSÃO
ACF - 12/12/2019
CAT. A/B - 02/10/2009

INSCRIÇÃO
04771072872

OBSERVAÇÕES

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
22/12/2014

CODIGO DE EMISSÃO
0868888014
RNR07875421

DETRAN RR (RORAIMA)
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
909990447

PROIBIDO PLASTIFICAR
909990447

ÁREA DE SINISTROS - DPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUN 2019

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

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

NOME
DENILZE CORREA DANTAS

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR/UF
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
26/08/2019

1ª HABILITAÇÃO
31/05/2010

OBSERVAÇÕES

Denilze Correa Dantas
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
25/08/2014

Regilson Dantas Santos
Diretor - Presidente
DETRAN RR
ASSINATURA DO EMISSOR

59564648026
RR207683212

DETRAN-RR (RORAIMA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
905314502

PROIBIDO PLASTIFICAR
905314502

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUN 2019

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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUN 2019

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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTERIO DAS CIDADES	
DETRAN - RR	Nº 011387771986
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO	
VIA 01	COD RENAVAN 00878349707
811150X1600	
NOME/ENDEREÇO MAILSON DE LIMA LEITE AV CB PM JOSE T. A MACE CARANA Nro: 443 BOA VISTA-RR 69313595	
OFF ONF 002.592.382-01	PLACA NAM2023
NOME ANTERIOR RONEI DO VIEIRA DA SILVEIRA	
PLACA ANT/UF	CHASSI 9C6KE091060009300
ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC.	COMBUSTIVEL GASOLINA
MARCA/MODELO YAMAHA/YBR 125E	ANO FAB - ANO MOD 2006 2006
CAP/POT/CIL 2P/0124CC/	CATEGORIA PARTICU
COR PREDOMINANTE PRETA	
OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMINIO * PROIB SAIR AMAZ OCID *	
Assinado por: <i>[Assinatura]</i> Eduardo Silva de Castilho Diretor 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

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 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

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 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

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



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 ASE:

CPF da vítima:

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:

Profissão:

Endereço:

CPS:

Número:

Complemento:

Cidade:

Estado:

CEP:

UF (DDI):

E-mail:

Telefone:

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO 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 OPÇÃO 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)

(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.

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

ÁREA DE ABUSOS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RJ

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:

Gráu 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:

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 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.

Local e Data:

Boa Vista, RJ 12 de junho 19

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 31901385191 3 - CPF da vítima: 886.462.972-68 4 - Nome completo da vítima: Guimara Senão da Silva

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

5 - Nome completo: Guimara Senão da Silva 6 - CPF: 886.462.972-68
7 - Profissão: Op. de caixa 8 - Endereço: Rua Bourival Silva 9 - Número: 1132 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Jardim das Neves 12 - Cidade: Bela Vista 13 - Estado: PE 14 - CEP: 69.300.000
15 - E-mail: luderbaavista.pendencia@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (95) 99117-5392

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 3027 CONTA: 44690 1

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Bela Vista, PE 23 de julho 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - 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 (VÍTIMA, 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

Nº: 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, de propriedade de MAILSON DE LIMA LEITE, conduzido por BENAIAS SABINO ROCHA, que é habilitado, quando na 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 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 de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

DA

23 MAIO 2019

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

MAI-42000372



