



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 005357/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 08/03/2019 11:24 Data/Hora Fim: 08/03/2019 11:38
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 21/08/2017 11:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Avenida Jaime Brasil c/ Avenida Getulio Vargas

Bairro: Centro

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: YSLANNE DA SILVA TORQUATO (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Feminino Nasc: 24/10/2000
Profissão: Estudante
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Luciana da Silva Jonas Nome do Pai: Eudes Martins Torquato

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 492595-5

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Engenheiro Carlos Geraldo
Bairro: Centenario
Telefone: (95) 99148-3791 (Celular)

Nº: 730

Nome Civil: RODRIGO SANTANA DE MEDEIROS (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AM - Manaus Sexo: Masculino Nasc: 23/09/1994
Profissão: Vigilante Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Rosineide Santana de Souza Nome do Pai: Francisco Chagas de Medeiros

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 3869865
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 021.209.632-07

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Engenheiro Carlos Geraldo
Bairro: Centenario

Nº: 730



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Erico Wallace Bessa Rocha
Data de Impressão: 08/03/2019 11:38
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

26 JUL. 2019



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 005357/2019

Telefone: (95) 99137-6111 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

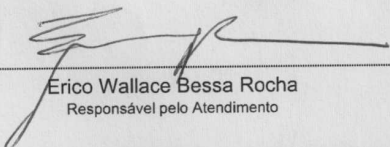
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 706.053.722-84	Placa NAR7962
Renavam 00125981368	Número do Motor A1M8018670
Número do Chassi 95VAC1M889M018316	Ano/Modelo Fabricação 2009/2008
Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo DAFRA/SUPER 100
Modelo DAFRA/SUPER 100	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 19/02/2018	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

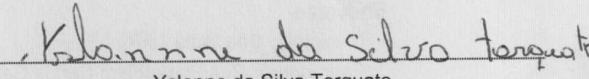
Nome Envolvido	Envolvimentos
Rodrigo Santana de Medeiros	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante informa que trafegava pela Avenida Jaime Brasil, como garupa da motoneta acima descrita, e que era conduzida por RODRIGO SANTANA. Que no cruzamento com a Avenida Getulio Vargas, foram colididos por um FIAT PUNTO, de cor vermelha, placa e condutor desconhecidos. Que o acidente ocorreu devido o condutor da motoneta nao ter visto o veiculo que trafegava na avenida preferencial. Que somente a comunicante sofreu lesoes . Que foi socorrida pelo SAMU. Que **NAO DESEJA** representar criminalmente. Que registra **SOMENTE** para fins de seguro DPVAT. Era o relato.

ASSINATURAS


Erico Wallace Bessa Rocha
Responsável pelo Atendimento


Yslanne da Silva Torquato
(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."



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Erico Wallace Bessa Rocha
Data de Impressão: 08/03/2019 11:38
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

26 JUL. 2019

26/07/2019



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **056.559.652-75**

Nome: **YSLANNE DA SILVA TORQUATO**

Data de Nascimento: **24/10/2000**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **24/10/2016**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **09:38:46** do dia **26/07/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **3AA3.425F.1BCD.FA5F**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

26 JUL. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DE RORAIMA SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ		REGISTRO GERAL NOME 492595-5	DATA DE EXPEDIÇÃO 09/03/2015
 Yslanne da Silva Torquato ASSINATURA DO TITULAR		YSLANNE DA SILVA TORQUATO	
 Yslanne da Silva Torquato ASSINATURA DO TITULAR		EUDES MARTINS TORQUATO	
 Yslanne da Silva Torquato ASSINATURA DO TITULAR		LUCIANA DA SILVA JONAS	
 Yslanne da Silva Torquato ASSINATURA DO TITULAR		BOA VISTA - RR	
 Yslanne da Silva Torquato ASSINATURA DO TITULAR		CERTD NASC 24314 FLS 151-V LIV A-41	
 Yslanne da Silva Torquato ASSINATURA DO TITULAR		2º OF BOA VISTA-RR	
 Yslanne da Silva Torquato ASSINATURA DO TITULAR		Hênio Stanio Lima Andrade Diretor do IIOC	
 Yslanne da Silva Torquato ASSINATURA DO TITULAR		LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EMISSÃO: 09/03/2015

492595-5

YSLANNE DA SILVA TORQUATO

EUNES MARTINS TORQUATO

LUCIANA DA SILVA JONAS

BOA VISTA - RR

CERTO NASC 24314 FLS 151-V LIV A-41

2. OF BOA VISTA-RR

24/10/2000

DATA DE NASCIMENTO

Hênio Stanlio Lima Andrade

Dirutor do IIOC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DOLOI CRUZ

Carteira de Identidade

ASSINATURA DO TITULAR

Polegar Direito

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receta Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

056.559.652-75

Nome

YSLANNE DA SILVA TORQUATO

Nascimento

24/10/2000

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



CNPJ: 05.939.467/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.055.426-3
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 69.306-610



ATENDIMENTO
CAE
0800 280 9520
www.cae.com.br

Matrícula: 837903

Janeiro/2019

Dados do Cliente:

ROSEIDE SANTANA DE SOUZA

Endereço para entrega:

RUA ENG CARLOS GERALDO, NUM. 00730 - CEN
TENÁRIO BOA VISTA RR 69300-000

Inscrição 001.026.140.0080.000 Rota 25 Seq.Rota 1450 Quantidade de Economias 1
Hidrometro A14U045870 Data de Instalação 11/10/2017 Situação Água LIGADO Situação Esgoto POTENCIAL
LEITURA FAT. 240 ATUAL 260 CONSUMO (m3) 20 NUM DE DIAS 35
LEITURA INF.
DT. LEITURA 07/12/2018 11/01/2019

ULTIMOS CONSUMOS

201812 15-0
201811 18-0
201810 1-0
201809 8-0
201808 11-0
201807 18-0
MEDIA 11

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5440 / 2005 G.M.					
AMOSTRAS	CLORO	TURBID.	PH	C.TOTAL	E.COLI
ENLIGADAS	168	168	168	168	168
INELIGADAS	170	170	170	170	170
CONFORMES	162	170	170	170	170

DESCRICAÇÃO

CONSUMO TOTAL(R\$)

AGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE AGUA

20 M3 60,53

TAXA COBRANCA DE DOCUMENTO 01/2019

4,77

MULTA P/IMPONTUALIDADE 11/2018

0,97

VENCIMENTO:

15/02/2019

TOTAL A PAGAR

66,27

AVISO: EM 31/12/2018 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO



MATRICULA 837903 REFERENCIA 01/2019 VENCIMENTO 15-02/2019 TOTAL A PAGAR 66,27

826900000000-9 66270004001-4 00083790301-2 01201960003-5



Via do Cliente

26 JUL. 2019



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 ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	056.559.652-75	Yslane da Silva Torquato
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF:
Yslane da Silva Torquato		056.559.652-75
Profissão:	Endereço:	Número:
estudante	Rua: Eng. Carlos Geraldo	736
Bairro:	Cidade:	Estado:
centenário	Bea Vista	RR
E-mail:	CEP:	
SLIOTRRR@HOTMAIL.COM	69.300-000	
	Tel.(DDD):	
	(95)92403-5060	

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ 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: CONTA:

(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 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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
		Vivos: Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
		☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora 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.

Local e Data: Bea Vista - RR, 26/07/2019

Nome: Yslane da Silva Torquato

CPF: 056.559.652-75

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Yslane da Silva Torquato

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (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.



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221 206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Elair Imaciel de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 383.051.612 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ysanne da Silva Torquato inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.559.652 / 45 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Ysanne da Silva Torquato inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.559.652 / 45, 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>Rua Antonio Pinheiro Calvão</u>		Número <u>1832</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Buritis</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309.209</u>
Email <u>elairr@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(95) 98403-5060</u>

Boa Vista-RR, 26 de julho de 2019
Local e Data

26 JUL. 2019

Assinatura do Declarante

*Declaração do Proprietário Pendente
Aut. de pagamento → não conforme.

RR SEGUROS DPVAT



DADOS DO CLIENTE

FICHA DE CADASTRO

NOME COMPLETO	Yslanne da Silva Torquato		
CPF	056.559.652-75		
RG	492595-5	EMISSOR	SSP
UF	RR		
DATA DO ACIDENTE	/ /	LOCAL	
NOME DO PAI	Eudes Martins Torquato		
NOME DA MÃE	Luciana da Silva Jonas		
ENDEREÇO (1)	Rua Engenheiro Carlos Geraldo, 730.		
BAIRRO	Centenário	CIDADE	Boa Vista
CEP	69300-000	ESTADO	Roraima
TEL. CEL. (1)	(95) 991640571	TEL. CEL. (2)	() 99165019
ENDEREÇO (2)			
BAIRRO		CIDADE	
SINISTRO			

Documentos necessarios

☒ CPF (Xerox)

☒ RG (Xerox)

☐ Comprovante BANCÁRIO

☐ Comprovante de Residência

☐ PRONTUÁRIO HOSPITALAR

☐ BOLETIM DE OCORRÊNCIA

☐ ATO DECLARATORIO (se houver/samu, bombeiro, policia militar, policia rodoviária federal)

☐ DUT (caso a vítima seja o proprietário do veículo)

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo | Projeito DPVAT | Busca avançada

seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo

Documentos Invalidez Permanente
Documentos Morte
Dicas Indispensáveis

PAGUE SEGURO

Como Pagar
Consulta a Pagamentos Efetuados

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

documentação completa.

SINISTRO 3190450827 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA YSLANNE DA SILVA TORQUATO
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CN
CORRETORA DE SEGUROS E SERVICOS EIRELI - Matriz
BENEFICIÁRIO YSLANNE DA SILVA TORQUATO
CPF/CNPJ: 05655965275

Posição em 23-10-2019 09:42:43
Seu pedido de indenização foi analisado e identificamos pendências que impedem a conclusão do processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, no mesmo local onde você deu entrada, para comprovar seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Declaração do Proprietário do Veículo	Vítima	Pendente	
Autorização de pagamento	Beneficiário	Não Conforme	YSLANNE DA SILVA TORQUATO

Windows

Consulta de Veículos na Base Local

Consulta Local por Placa: NAR7962

Situação: 1-EM CIRCULACAO

DADOS DO VEICULO

Placa: NAR7962 Chassi: 95VAC1M889M018316 Renavam: 00125981368 Remarcado(S/N): N
Município: 00301-BOA VISTA Marca/Mod: 036404-DAFRA/SUPER 100
Procedência: 1 - NACIONAL Tipo: 04-MOTOCICLETA Espécie: 01-PASSEGEIRO
Categoria: 01-PARTICULAR - Combustível: 02-GASOLINA Ano Mod/Fab: 2009 / 2008
Cor: 15-VERMELHA Cap Passag: 002 Potência: 000 Cilindradas: 0100
Carroceria: 999-NAO APLIC. N° Motor: A1M8018670 N° Câmbio:
Faixa Seguro: 09 Deficiente Físico: Selo Idoso:
Roubo Furto: N Data da Última Atualização: 12/06/2018 Taxi: NAO Ano Último Licenciamento: 2018
Observações: PROIB SAIR AMAZ OCIDENTAL LEILAO DETRAN-RR 07/17 LOTE 196
Ind. Restrição: 9997 - SEM RESERVA DE DOMINIO
Número de autorização:

DADOS DO PROPRIETÁRIO

Nome: ANTONIO LUCAS SOUSA SANTOS CPF/CNPJ: 607.201.163-25
Endereço: RUA CJ SEIS N°: 583 Bairro: JOQUEI CLUBE
Complemento: Cidade: BOA VISTA Cep: 69313175
Data Aquisição 0km: 16/02/2009 Valor 0km: 3820,00
Data Transferência: 01/02/2018 Valor: 550,00 N° Doc. Aquisição: 0001603

PROPRIETÁRIO ANTERIOR

Nome: FRANCISCO FABRICIO CAMPOS SILVA CPF/CNPJ: 695.199.272-04
Endereço Anterior: BOA VISTA UF: RR

DADOS DA DOCUMENTAÇÃO

Data CRV: 20/02/2018 N° CRV: ***** Data CRLV: 25/05/2018 N° CRLV: 013042058173

RESTRIÇÕES

11-COMUNICACAO DE VENDA

07-BENEFICIO TRIBUTARIO

Observações: PROIB SAIR AMAZ OCIDENTAL LEILAO DETRAN-RR 07/17 LOTE 196 N° Restrição:
Data Limite Rest Tributária: // Doc. Restrição Tributária:

EU: Yslanne da Silva Torquato
PROFISSÃO: Estudante ESTADO CIVIL: _____
RG: Nº. 492595-6 SSP/RR CPF/MF Nº. 056.559.652-75
E-MAIL: yslannes25@gmail.com
TELEFONE: (95) 99164-0571
ENDEREÇO: Rua Engenheiro Carlos Geraldo Nº. 730
BAIRRO: Centenário CEP: _____
situado no Município de Boa Vista, pelo presente instrumento
procuratório, nomeia e constitui, como seus procuradores, **REINALDO FÉLIX DA SILVA**,
brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RR sob o nº. 2171, com endereço na Rua
flamboian nº 314, Bairro Jardim Primavera, Boa Vista/RR, situado no Município de Boa
Vista/RR, a quem confere amplos poderes para o foro em geral com cláusula *ad judicium*, em
qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações
competentes e defender nas contrárias até final decisão, usando dos recursos legais e
acompanhando-os, conferindo-lhes ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir,
firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, exceto receber citação, junto a
quaisquer repartições do Poder Público, realizar levantamento de Alvarás Judiciais, podendo
ainda substabelecer esta procuração para outrem, com ou sem reserva de iguais poderes,
dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, 26 de julho de 2019.

x Yslanne da Silva Torquato
Outorgante

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

OUTORGANTE: Yslanne da Silva torquato
ESTADO CIVIL: _____ PROFISSÃO Estudante
RG nº. 492595-6
CPF/MF nº. 056.559.652-75
ENDEREÇO: Rua: Engenheiro Carlos geraldos Nº 730
Centenário

DECLARA não ter condições de arcar com as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo de meu próprio sustento e/ou de minha família, nos termos do art. 99 § 3º da Lei nº 13.105/15 e alterações, por ser pessoa pobre na acepção jurídica do termo.

Boa Vista/RR, 26 Julho de 2019.

Yslanne da Silva torquato

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CARTEIRA DE TRABALHO

Eu Yslanne da Silva Torquato, portador do RG nº 492595-6
Orgão expedidor SSP/RR e do CPF 056.559.652-75 residente no
endereço Rua: Engenheiro Carlos gerald nº 730
Bairro Centenario declaro que não possuo CTPS – Carteira de
Trabalho, declaro estar ciente de que a falsidade nas informações acima
implicará nas penalidades cabíveis, previstas no Artigo 15 da Lei 12.101/09.

Reinaldo Felix da Silva, 26/01/2019

(local, data)

Yslanne da Silva Torquato

(Assinatura do declarante)



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HGR
Hospital Geral
de Roraima

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA ORTOPÉDICA

Através deste documento, eu (nome completo), Yolanne da Silva
Torquato sendo o responsável pelos meus cuidados, os membros do Serviço de Ortopedia, declaro que fui claramente informado (a) pelo(s) médico(s) que as avaliações e os exames realizados revelaram a presença (diagnóstico) de: _____

Também recebi todas as explicações e informações necessárias quanto aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, podendo assim decidir sobre a forma de tratamento, bem como sobre os riscos de não tratar a doença conforme a indicação feita pela equipe.

A cirurgia consiste:

1. Jejum de oito horas
2. Não ingerir produtos que contenham Ácido Acetilsalicílico (Aspirina, AAS) por 7 a 10 dias antes da cirurgia; Corte dos pêlos na região da cirurgia quando necessário;
3. Corte em região anatômica para realização do procedimento cirúrgico (acesso cirúrgico);
4. Confirmação do diagnóstico;
5. Fechamento dos cortes;
6. Durante o procedimento pode ocorrer necessidade de ampliação do corte cirúrgico (necessidade de incisão cirúrgica maior) devido mudança do diagnóstico ou dificuldade técnica ou então necessidade de novos cortes em outras regiões anatômicas.

Pós operatório:

- O paciente permanece no hospital por tempo determinado pelo médico; poderão ocorrer no pós-operatório, situações de desconforto, tais como dores, edemas (inchaço), hematomas, limitação temporária de locomoção ou realização de atividades diárias do paciente;
- O tempo de imobilização deverá ser respeitado durante o período estimado pelo médico.
- O paciente deve iniciar exercícios de reabilitação como orientado pelo médico para obter melhores resultados;
- Liberação para o trabalho dependerá da avaliação do médico responsável;
- O paciente deve retornar às consultas ambulatoriais conforme orientado, sendo esta parte do seu tratamento.

Estou ciente que nos procedimentos médicos como citados, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas no coração e pulmão apesar de serem tomados todos os cuidados e sendo este um procedimento seguro. Existem ainda as principais **complicações** deste procedimento, que são as seguintes: - Infecção local ou profunda; Infecção óssea (osteomielite) ou de articulação (artrite séptica); Soltura do material de implante; Não consolidação de fratura (pseudo-artrose); Hemorragia externa pelos cortes ou para dentro da articulação (hemartrose); Hematomas no local ou próximo às cicatrizes; Flebite (inflamação das veias do braço); Trombose venosa profunda (coágulo de sangue nas veias); Inchaço (edema) excessivo temporário ou permanente; Cicatrizes grossas (hipertroóficas ou quelóides) permanentes; Inflamação da articulação (sinovite) ou da cartilagem (condrite); Danos às veias ou nervos, temporários ou permanentes; Diminuição dos movimentos das articulações adjacentes; Encurtamento ou alongamento do membro; A cirurgia pode não aliviar os sintomas do paciente, portanto com risco de falha no tratamento, sem quaisquer garantias de sucesso ou cura; As complicações e ou resultados dependem de fatores de ordem biológica de cada paciente, além da completa observância das orientações médicas. Pode não haver recuperação dos movimentos (temporários ou definitivamente). O tempo mínimo de avaliação do resultado é de 1 ano. Quaisquer das complicações citadas podem exigir tratamento adicional. Apesar de todos os cuidados tomados e os riscos serem mínimos, como em todo o procedimento médico, existe a possibilidade de óbito (morte). Desta forma estou ciente de que para realizar os procedimentos acima especificados será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os anestésicos serão de indicação e responsabilidade do médico anestesista. Compreendo que toda anestesia envolve risco de possíveis danos aos órgãos vitais como cérebro, coração, pulmão, fígado e rins, podendo resultar em paralisia, ataque cardíaco e ou morte por causas conhecidas ou desconhecidas.

Estou ciente que posso apresentar reações alérgicas desconhecidas por mim e pelos médicos aos medicamentos, soluções ou implantes utilizados nos procedimentos. Autorizo o uso de transfusões de sangue ou derivados se forem necessários e indicados pelo médico. Estou ciente de qualquer tecido cirurgicamente removido pode ser utilizado pelo hospital ou pelo médico de acordo com a prática médica hospitalar.



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR PARA CIRURGIA ORTOPÉDICA PROGRAMADA

O paciente Yelsoni Silva, de _____ anos, contato: (95)-_____, com o diagnóstico: Ex fratura prox. 4º QRP. tendo como indicação o procedimento: Autoclave prox. 4º QRP., agendado para 28/08/17 às 08:00 h, devendo retornar para internação em 27/08/17 às 15:00 h.

O paciente deverá manter a imobilização, se for o caso, conforme recomendação médica e fazer uso da medicação de acordo com a prescrição, e deverá ainda, no momento da internação, portar todos os exames pré-operatórios solicitados, bem como estar em JEJUM DE OITO (08) HORAS ANTES DO PROCEDIMENTO.

O paciente ou representante legal se compromete em comparecer no NIR do HGR, conforme definido neste documento, assumindo inclusive a responsabilidade por eventuais complicações caso não compareça na data e horário programados para internação, podendo ocasionar atraso na realização do procedimento, sendo essa uma situação alheia à vontade da equipe assistencial e da instituição.

OBS: é de suma importância salientar, que em caso de piora do quadro doloroso e/ou surgimento de alguma outra queixa mesmo não relacionada ao problema ortopédico, como: febre, formigamento/mudança de temperatura ou cianose (rouidão) no membro afetado, o paciente deverá retornar IMEDIATAMENTE e em qualquer horário ao Pronto Atendimento Aírton Rocha - PAAR, onde será atendido pelo médico plantonista com base em sua classificação de risco, e sendo necessário, irá referenciá-lo à equipe assistencialista da ortopedia.

Dr. Pedro D. Gomes
Residente de Ortopedia e
Traumatologia
CRM 16.155

MÉDICO ORTOPEDISTA

Assinatura e Carimbo

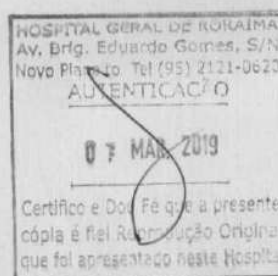
PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Assinatura e CPF:

MÉDICO REGULADOR - NIR/HGR

Assinatura e Carimbo

26 JUL. 2019





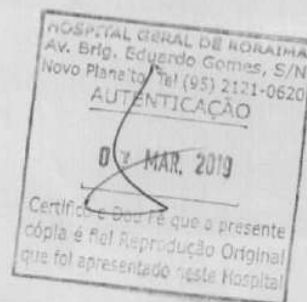
ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

DECLARAÇÃO

Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que o Sr. **YSLANNE DA SILVA TORQUTO RG 492595-5 SSP/RR** deu entrada no Pronto Socorro Francisco Elesbão (**GRANDE TRAUMA**) no dia **21/08/2017 às 12h e 12 min**, por motivo (**ACIDENTE DE MOTO**), *recebeu os cuidados da equipe de plantão. Cód. de Atendimento: 1700825718.*

Boa Vista-RR, 07 de Março de 2019.

ESTADO DE RORAIMA



Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes – 3308, aeroporto
CEP: 69310-005 Boa Vista - Roraima – Brasil
(095) 2121 0636
E-mail samehgr2018@gmail.com

GER. NÚCLEO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA

26 JUL. 2019



07/03/2019

...: Guia de Atendimento 17 ...:



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

1ª Classificação: ☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.: ☐

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

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

1700825718 21/08/2017 12:12:06 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 24

Paciente YSLANNE DA SILVA TORQUATO Data Nascimento 24/10/2000 Idade 18 A 4 M 14 D CNS 203456899890007 CPF 05655965275 Prontuário 00159843

Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade
IDENTIDADE 492595-5 SSP/RR 09/03/2015 F SOLTEIRO(A) PARDAS BOA VISTA - RR BRASILEIRA

Mãe LUCIANA DA SILVA JONAS Pai EUDES MARTINS TORQUATO Contato (95) 99116-5019

Endereço TRAVESSA - CAXANGA - 98 - CENTRO - BOA VISTA - RR Ocupação ESTUDANTE

Class. de Risco Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal

Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO Caráter do Atendimento URGÊNCIA Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão

Setor GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol. Registrado por: WESLLEN.ROCHA

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem GSC TOTAL AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☐ RAO - X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS: _____

PRESCRIÇÃO APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO

Conduta ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório ☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h) ☐ Alta a Revelia ☐ Internação ☐ Transferência para: _____ Data e Hora da Saída/Alta: 01/03/2019

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

Assinatura do Paciente ou Responsável Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: luize Data Hora: 07/03/2019 11:08:36

26 JUL. 2019

1700825718

http://10.102.5.252:8888/IS4/is4//58B750CA-49DA-4FD2-B41F-F16FE439172B.html

9/2019 200820 - Substituição em Tecnologia da Informação em Saúde Versão 4.2.17 - 07/08/20

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.trr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ6R6 2LTCW VA597 35WU0

Alta 29.08.19

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				2 - CNES			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE							
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE				4 - CNES			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				6 - N° DO PRONTUÁRIO			
5 - NOME DO PACIENTE <i>Yaslanne Silva Torquato</i>				159843			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO			
210341568991819100017				24/10/00			
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL				9 - SEXO			
Lauiana de Silva Jonas				F			
12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)				11 - TELEFONE DE CONTATO			
Travessa Laxanga 98 - Centro				91591116510119			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF	
Boa Vista				RIR		16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Fratura múltipla fratura múltipla</i>							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Clmua + Cirugi</i>							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Clmua + Cirugi</i>							
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO <i>fratura mlt</i>							
21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS <i>Dr. Rogério L. de P. Dias Medico Ortopedia e Traumatologia CRM - RR 1245</i>							
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Autossintese</i>							
25 - CLÍNICA 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO							
28 - DOCUMENTO 29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE							
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE 31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)							
33 - ACIDENTE DE TRABALHO 36 - CNPJ DA SEGURADORA 37 - N° DO SORTEIO 38 - SÉRIE							
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO 39 - CNPJ EMPRESA 40 - CNAE DA EMPRESA 41 - CBOR							
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA							
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO							
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)							
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR 49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR							
45 - DOCUMENTO 46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)							
2/6 JUL. 2019							



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Yb yolane Silva.

Data: 28, 08, 17

O.S.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fratura mto mto mão D

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

Alívio sintomático

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

Dr. Rogério

1º AUXILIAR:

Dr. Wilson

2º AUXILIAR:

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

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

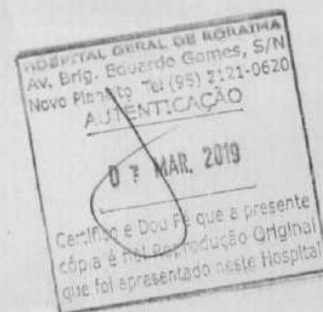
DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1- Gesso duplo
- 2- Gesso + gesso
- 3- Gesso + gesso
- 4- Redução da fratura e fixação fixa cruzada fechada
- 5- Controle radiológico
- 6- Exatidão geral
- 2- RPR

26 JUL. 2019

Dr. Wilson Feitosa
Ortopedista e Traumatologia
CRM-RR 1176

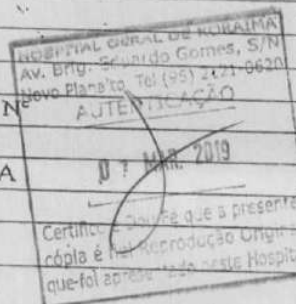




GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		36 + 1/2		APT OU LEITO		Nº DO PRONTUÁRIO		DATA	
YSLANNE DA SILVA TORQUATO		117-2						29 109 11	
TIPO		CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO					
OSTEOS DE FRAT. 1º FALANGE									
DAMNOS (D)									
CIRURGIÃO		1º AUXILIAR		2º AUXILIAR		ANESTESISTA:		RES. ANESTESIA:	
D. Rogerio		D. DALLA		D. Pedro		D. Maria			
TIPO DE ANESTESIA:		LOCAL + GERAL		TEMPO DE DURAÇÃO:		CIRCUANTE			
						D. DALLA + D. Pedro			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR				
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLOGICO					
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO					
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO					
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº					
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº					
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº					
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº					
	LÂMINA BISTURI Nº			FIO CATGUT SIMPLES Nº					
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº					
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº					
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº					
	SERINGA 01ML			SURGICEL					
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO					
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº					
	SERINGA 10ML			GEOFOAM					
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA					
	Cloridrina 100mg + Alcool 70% + 1000ml			OUTROS:					
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE						
INSTRUMENTADOR(A)		ENFERMEIRA CHEFE		MATERIAL MEDICAMENTOS					
		D. DALLA		SUB- TOTAL					
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS		CIRCUANTE DE SALA		TAXA DE SALA					
				TAXA DE ANESTESIA					
				SOMA					
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE									





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Veban da Silva Torquato, 16 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 27 10 14, COM
DIAGNÓSTICO DE fratura de 4.º Q.D. a direita

NO DIA 28 10 14, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
osteossintese de 4 Q.D. a direita SENDO

OPERADO PELO DR. Leandro E DR. Paulo

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 29 10 14, ÀS 9:30, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 01 10 14, ÀS 7:00 pm, COM O
DR. Leandro

ORIENTAÇÕES GERAIS :

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Leandro

CLÍNICA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

NOME: Wlameu da Silva Torquato

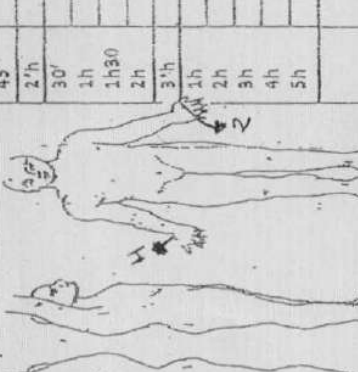
Allegria medicamentosa: ϕ

Comercializadora: ϕ

2

25 Feb 70 4a

ONE

TRANSOPERATÓRIO				SRPA			
Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia	Saída S.O.	Cirurgia Realizada	Anestesia	Sinais Vitais
08:20	08:30	8:30	9:13				1h 15' 30' 45' 2h 3h 4h 5h
Cirurgia Realizada: <u>Amputação</u> Anestesia: <u>Sedação</u> Posicionamento: <u>Prone</u> Hidratação: <u>Infusão</u> Infundido: <u>Hemoderivados</u> Nome: <u>Chlor</u> CH Dose: <u>2g</u> Plásmas: <u>Plasquetas</u> Anátomo Patológico: <u>() Não</u> N° de compressas oferecidas: <u>1</u> N° de compressas recolhidas: <u>1</u> Sinais Vitais: <u>() Sim</u> N° pesas: <u>() Cultura</u> SAT: <u>100</u> % () Regular FC: <u>96</u> bpm PA: <u>112</u> mmHg				Localização: 			
Exames na S.O.: <u>() Hb</u> <u>() Hb</u> <u>() Razo X</u> () Outros:				Balanço Hídrico: Entradas: EV, CH, HV, SNG Saídas: Dreno, Diurese, SNG, Outros			
Legenda: 1. Eletrodos 2. Oxímetro 3. PVC 4. Placa de Bisturi 5. Sonda 6. Cateter 7. Venoclise 8. Dreno 9. SNG 10. Fita de Smarch 11. Outros:				Entradas: EV, CH, HV, SNG Saídas: Dreno, Diurese, SNG, Outros			

artigo publicado em 2015, adaptado para o contexto brasileiro, com o título "Avaliação da percepção dos enfermeiros sobre a prática de enfermagem em unidades de terapia intensiva: um estudo de caso".

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ6R6 2LTCW VA597 35WUU

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	29/12/14	DIH		DN	29/12/14
PACIENTE	Vilani da Silva Figueiredo				
DIAGNÓSTICO	fx de 4 Q.D.S.				
ALERGIAS	neg	HAS	neg	DM	neg
IDADE	176	LEITO	118.2	DATA	29/12/14
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS				12:22 06
5	DIPIRONA 1G EV 6/6 HORAS SN				20
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn				20
7	SSVV+CCGG 6/6 horas				Rotinas
8	CURATIVO DIÁRIO				m
9	cefalotina 1g 6/6 horas (51)				12:18 24 06
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
Set pos op de osteossintese de 4º Q.D.P. Set mais afil de atepila com encefalograma, recite silenciosa. Bom estado geral sob cuidados do Dr. Rogério dos.					
SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR	TEMP	
12 H					
18 H					

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto - Tel (93) 2121-0620

AUTENTICAÇÃO

07 MAR. 2019

Cópia e Dou. E. que a presente cópia é fiel reprodução Original que foi apresentado neste Hospital

Dr. Rogério dos
CRM-RS 6901908