

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:
2639822220200218115847

Processo 0803986-82.2020.8.23.0010 ☆ - (11 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:

10 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 10

500 por pág. 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
	10	18/02/2020 11:58:47 JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
10.1	Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2695734CONTESTACAO01.pdf	Público
10.2	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2695734CONTESTACAOAnexo021.pdf	Público
10.3	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2695734CONTESTACAOAnexo022.pdf	Público
10.4	Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO KITSEGURADORALIDER.pdf	Público
9	18/02/2020 11:19:19	LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 18/02/2020 referente ao evento de expedição seq. 8.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
	8	18/02/2020 09:57:52 EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis	Thiago Pacheco Pires dos Santos Analista Judiciário
7	18/02/2020 09:54:33	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de IVAN ROBERTO PACHEGO LAGUNA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (17/02/2020)	Thiago Pacheco Pires dos Santos Analista Judiciário
	6	17/02/2020 10:54:35 CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE	DANIEL DAMASCENO AMORIM DOUGLAS Magistrado
5	06/02/2020 17:10:49	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	06/02/2020 17:10:49	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	06/02/2020 17:10:49	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	06/02/2020 17:10:49	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 5ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
	1	06/02/2020 17:10:48 JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Thiago Amorim Dos Santos Advogado



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

Processo: 08039868220208230010

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **IVAN ROBERTO PACHEGO LAGUNA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **24/06/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 12/11/2019.

Cumpra esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 12/11/2019 após 05 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 24/06/2019, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DA PLENA VIGENCIA DA LEI 11.482/07

- INEXISTÊNCIA DE PRESSUPOSTOS PARA PAGAMENTO DE COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO -

Cabe esclarecer que a referida verba indenitária foi devidamente quitada em sede administrativa, qual seja a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Cumprе salientar que na data de 31 de Maio de 2007, entrou em vigor a Lei 11.482/07, que alterou a Lei 6.194/74 e a Lei 8.441/92. Em seu art. 8º, encontra-se especificado os novos valores a serem adotados, no que tange à indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT⁴.

Desta forma, destaque-se que, o valor efetivamente pago à parte Autora foi realizado em total apreço à Lei, não existindo, portanto, motivos para que a Ré seja compelida ao pagamento de complementação de indenização.

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

⁴x Art. 8º Os arts. 3º, 4º 5º e 11 da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, passam a vigorar com as seguintes alterações: "art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada: I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos) - no caso de morte; II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas. (...)."

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **24/06/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), conforme demonstrado abaixo:**

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	27/12/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000038385-5

Nr. da Autenticação E645A89A440DA0D4

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁵.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁶.

⁵ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁶ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁷.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁸

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

⁷“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁸ **art. 1º. (...)**

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono SIVIRINO PAULI, inscrito sob o nº 101B/RR, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,
BOA VISTA, 12 de fevereiro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando o vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **IVAN ROBERTO PACHEGO LAGUNA**, em curso perante a **5ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08039868220208230010.

Rio de Janeiro, 12 de fevereiro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



Para contato
consulte este número

SEU CÓDIGO

0108915-3

Roraima Energia S.A.

Av. Capitão Ezequiel, 881 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ: 08.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Grupo B-1

Regime especial de impressão autorizado pela SEPAZ 360/13

Nº da Nota Fiscal: 003319917

Tipo Social de Energia Elétrica - TSEI em vigor

Nota Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

CONTAS MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	11/08/2019	196	192,41

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO 1832 Z BURITIS

CPF: 0003830515104

CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.04.021718

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual	27732	Atual	25/07/2019
Anterior	27536	Anterior	24/06/2019
Constante de Multiplicação	1,000	Próxima Leitura	25/08/2019
Consumo Medido	196	Emissão	24/07/2019
Consumo Faturado	196	Aprovação	25/07/2019

NORMAL

31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Ligação	Número Medidor	Posto	Obrigação	Multa 12 meses
RESIDENCIAL	BI	2206908	N 1519448	1.1.1.1.2	238

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUN/19 158	CONSUMO 196 A R\$ 0,764602 = 149,86
MAI/19 100	ILUMINACAO PUBLICA 42,55
ABR/19 178	
MAR/19 263	
FEV/19 237	
JAN/19 231	
DEZ/18 209	
NOV/18 370	
OUT/18 345	
SET/18 246	

TARIFA DE TRIBUTOS
R\$ 196 - 0,534602

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$
06/2019 164,28

Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 09/26/2019, em função das contas reavistadas nesta data. O não pagamento poderá resultar, além da inclusão do nome do consumidor na SERASA, informações ainda existentes (multas) vencidas e não reavistadas, no valor de R\$ 215,94 (duzentos e quinze reais e 94 centavos). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 08007019120 E FAÇA DPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO B9C4.FD0B.D66A.9E73.38C8.904F.5C4F.C72D

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	38,51	Base de Cálculo	149,86
Energia	81,64	Alíquota ICMS	17,00%
Transmissão	0,00	Valor do ICMS	25,47
Encargos	4,24	Valor do PIS	0,00
Tributos	25,47	Valor do COFINS	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24 18,49 36,99 8,46 16,92 33,84 4,99
8,80 16,00 1,55

FLORESTA

ROT: 5.001.12.04.021718

05/2019 32,81



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ezequiel, 881 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 08.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO
0108915-3

TOTAL A PAGAR - R\$
192,41

MÊS FATURADO
07/2019

VENCIMENTO
11/08/2019

Nº da Nota Fiscal: 003319917

FCAM

83680000001 / 92410075000 0 000000000108 1 91530719008 1



18 NOV. 2019

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Ivan Roberto Pacheco Laguna inscrito (a) no CPF sob o Nº 713.191.791 / 50

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Ivan Roberto Pacheco Laguna

inscrito (a) no CPF sob o Nº 713.191.791 / 50, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa 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: Antônio Pinheiro Galvão</u>	Número: <u>1332</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Buritis</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>ILOIRRR@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69.309-209</u>	Tel. (DDD): <u>(95) 98403-5060</u>

Local e Data: _____

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

18 NOV. 2019



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

1ª Classificação
VERDE

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

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

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

1901126984 24/06/2019 11:47:55 FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA DIURNO 07-19 118

Paciente: IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA Data Nascimento: 06/07/1989 Idade: 29 A 11 M 18 D CNS: 706704535440716 CPF: 71319179150 Prontuário: 172.956
Tipo Doc: Documento Orgão Emissor Data Emissão: Sexo: F Estado Civil: NAO RAÇA/COR: PARDA Naturalidade: VENEZUELA
Mão: AIDA LAGUNA Contato: (95) 99153-2245 Ocupação:
Endereço: AVENIDA - PRESIDENTE CASTELO BRANCO - 1482 - SAO VICENTE - BOA VISTA - RR

Class. de Risco: VERDE Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal:
Motivo do Atendimento: SPA - PRONTO ATENDIM Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: 36.90 Peso: Pressão: 120 x 90
Setor: PRONTO ATENDIMENTO Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol.: Registrado por: DANIEL VIANA

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue
PERNA ESQUERDA COM DOR APÓS COLISÃO DA SUA BICICLETA COM VEICULO

Anamnese de Enfermagem: NEGA HAS, DM OU ALERGIA MEDICAMENTOSA GSC: AO: 1234 RV: 12345 MFIV: 123456 TOTAL:

Anamnese - (HORA DA CONSULTA -) h

Exame Físico: Dor no joelho E

Hipótese Diagnóstica: *Altera: D* *Após a queda da bicicleta* *Edema e dificuldade de* *ambulação* *(Paciente)*

SADT - Exames Complementares: ☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>Levofloxacina 500 mg EV</i>		
<i>Dipirona 1 mg EV</i>		

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

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

Assinatura do Paciente ou Responsável: Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: erika.madeira
Data Hora: 24/06/2019 11:53:11

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, 3308
Nova Planalto - Tel: (95) 21-22-0600
AUTENTICAÇÃO
30 AGO 2019
Carimbo e Assinatura do Médico

18 NOV. 2019



1901126984

14:00 - Paciente retorna ao Rx com
rastreio em Tórax.

CD - Encaminhado ao Ortopedista

M
Marcos Shimit
Médico
CRM-RR 2042

Da Prof. Dr.
Supra de Plástico e Estética

18 NOV. 2019

Paulo Cardoso Guimarães Junior
Médico CRM 1908

P. 2 - 120-5

PA - 130 X 95
FC - 83
T - 37°C



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIET		DN	
PACIENTE		Van Roberto Fachele Aguiar			
DIAGNÓSTICO		fratura de platis tibia			
ALERGIAS		negs			
IDADE		HAS		DM2	
LEITO		NEGA		NEGA	
ITEM		DATA		24/06/19	
PRESCRIÇÃO		HORÁRIO			
1	DIETA ORAL LIVRE	SND			
2	AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia	18:30h			
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	10:30h			
4	TILATIL 20mg 12/12hs	13:45			
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N	13:45			
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	S/N			
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N			
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS	15:30 24 08			
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	S/N			
10	SSVV + CCGG 6/6 H	rotina			
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	S/N			
14	CURATIVO DIARIO	m			
15	Maneja do pt 8h 1x ao dia	15:30			
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SO), 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:

Ao bloco para programação cirúrgica

18 NOV. 2019

B-A
NIR
Regulado
para leito
120-5
Regulação Interna

SINAIS VITAIS			
6 H	120x80	80	36c
12 H			
16 H			
24 H	120x80 78		

Transf.
PA - 180 X 130
FC: 85
TAX: 37°C

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Valéria C. S. Silva
Técnica de Enfermagem
CORREN/RS 923.795-TEC

A

LATO 25.07.19

BLOCO A

SUS	Sistema	Unidade
	Único de	de
	Saúde	Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

7 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SIGLA/ABR.)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

172950

7 - DATA NACIONALIDADE (NASC.)

8 - DATA DE NASCIMENTO

06/7/89

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Aísa Laguna

11 - TELEFONE DE CONTATO

93 9 9 1 5 3 2 2 4

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRIO)

A Prusianti Castelo Branco 1482 São Paulo

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BV

14 - CDD. ISOE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

R.R.

17 - PRINCIPAIS SINAIS/ESPECIFICAÇÕES DE DOENÇA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Sintoma de Glaucoma

18 NOV. 2019

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx - Glaucoma

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Glaucoma de ângulo fechado

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 SECUNDÁRIO 24 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - Nº do acidente

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ EMPRESA

37 - Nº do RRT

38 - SÉRIE

39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

APOSENTADO

NÃO SEGURO

40 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

41 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

42 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

0308010019

5821 T068

U199

até 24.7



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	24/06/2019	DN	06/07/1989
PACIENTE	IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA			
AGNÓSTICO	FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	29	LEITO	120-5	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			14:00h
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H			SUSPENSO
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			12:00h + 6h
5	TILATIL 20MG EV DE 12/12H			10:00h + 6h
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			7:00h
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4			6:00h
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA			
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN			
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
12	SSVV + CCGG 6/6 H			10:00h
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, EM USO DE TALA EM MIE, COM LEVE QUEIXA ÁLGICA.

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE.

SOLICITADO: TC DE PLATÔ TIBIAL

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

140x90x73

36,5°C

Dr. Elter Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

18 NOV. 2019

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	132x89	70	36°C
18 H	130x80	72	34,2°C
24 H	140/90	69	36,0

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE
CRM-RR 1964

Residente de Ortopedia e Traumatologia

12h - Pot. no leito, medicado CPM, realizado Troca de AP/P
T: 22 em MSD, aferido SSVV

18HS - Pot. no leito, MCPM, aferido Sinais
vital. Realizado cuidados Cera

Isisete Santos da Silva
Técnico em Enfermagem
COREN-RR 903885-11

Geandria dos Santos Pereira
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 751.380-TEC

1205



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	24/06/2019	DN	06/07/1989
PACIENTE IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA					
AGNÓSTICO FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	29	LEITO	120-5	DATA	27/06/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SA
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				INVEN
3	SF 0.9% 500ML EV 6/6H				SUSPENSO
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				12/18
5	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				10
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				5
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				5
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA				5
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				5
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN				5
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				5
12	SSVV + CCGG 6/6 H				ROCHA
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

SE DIABÉTICO, CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI, 251-300 4UI, 301-350 6UI, 351-400 8UI, ≥ 400 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, EM USO DE TALA EM MIE, COM LEVE QUEIXA ÁLGICA.
EXAME FÍSICO: REG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE.
SOLICITADO: TC DE PLATO TIBIAL
CONDUÇÃO:
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA
PREVISÃO DE ALTA:

18 NOV. 2019

SINAIS VITAIS PR	FC	FR	TEMP
6 H 130x80	68	FR	36.8
12 H 135x84	88		36
18 H 140x86	87		35.4
24 H 120x60	89		36.2

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e Traumatologia

Plantão noturno
acabado LOTE, realizado
SVU e medicação de horário.

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedista/Traumatologista
CRM-RR 1615 / ROE: 684

1205

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

DATA DE ADMISSÃO: _____ DIH: 24/06/2019 DN: 06/07/1989

PACIENTE: **IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA**

AGNÓSTICO: **FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO**

ALERGIAS: _____ HAS: _____ NEGA: _____ DM2: _____ NEGA: _____
 IDADE: 29 LEITO: 120-5 DATA: 28/06/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	SUSPENSO
5	TILATIL 20MG EV DE 12/12H	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
12	SSVV + CCGG 6/6 H	
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		

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 DI./ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, EM USO DE TALA EM MIE, COM LEVE QUEIXA ÁLGICA.
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE.
 # SOLICITADO: TC DE PLATÔ TIBIAL
 # CONDUTA:
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:

18 NOV. 2019

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	13x9	88	-
18 H	13x70	86	-
24 H	120/80	88	-

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE
 CRM-RR 1964
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

Dr. Elden Soares
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 18.241/RR

14:15 Paciente no leito M.E.P. Verificado.
 SSVV. em gaseiros



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



DATA DE ADMISSÃO: 24/06/2019 DIH: 24/06/2019 DN: 06/07/1989

PACIENTE: IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA

AGNÓSTICO: FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

ALERGIAS: HAS NEGA DM2 NEGA
IDADE: 29 LEITO: 120-5 DATA: 30/06/2019

ITEM: PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	
5	TILATIL 20MG EV DE 12/12H	
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
12	SSVV + CCGG 6/6 H	
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, EM USO DE TALA EM MIE, COM LEVE QUEIXA ÁLGICA.

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE.

SOLICITADO: TC DE PLATO TIBIAL

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

06/07/2019 P- 74 tax. 34,40

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H	163x90	78	—
24 H	140/85	50	36/82

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE

CRM-RR 1964

Residente de Ortopedia e Traumatologia

P/contas do plano, administrado pela unidade
município. segue com unidade

Dr. Paulo Araújo
CRM 1842317-AE

18 NOV. 2019



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

HGR



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: DIH 24/06/2019 DN 06/07/1989

PACIENTE: IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA

AGNÓSTICO: FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

ALERGIAS: HAS NEGA DM2 NEGA
IDADE: 29 LEITO 120-5 DATA 29/06/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	manhã
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H	SUSPENSO
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	12 18 24 06
5	TILATIL 20MG EV DE 12/12H	10 22 06
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SU
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	SU
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA	06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SU
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN	SU
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SU
12	SSVV + CCGG 6/6 H	rotina
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, EM USO DE TALA EM MIE, COM LEVE QUEIXA ÁLGICA.

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE.

SOLICITADO: TC DE PLATO TIBIAL

CONDUITA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

18 NOV. 2019

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	128,77	81	35,3
18 H			
24 H			

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE

CRM-RR 1964

Residente de Ortopedia e Traumatologia

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	24/06/2019	DN	06/07/1989
PACIENTE IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA					
AGNÓSTICO FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	29	LEITO	120-5	DATA	30/06/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				
5	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA				
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MM/HG				
12	SSVV + CCGG 6/6 H				
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

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 UI/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, EM USO DE TALA EM MIE, COM LEVE QUEIXA ÁLGICA.

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE.

SOLICITADO: TC DE PLATÔ TIBIAL

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

Ok na J40/90 P- 74 tax - 36,4 e

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H	163x90	78	—
24 H	140/85	50	36,8

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e Traumatologia

P/leitura de curativo, administração de medicação prescrita, segue com cuidados

Dr. João Araújo
CRM 1828/RR

18 NOV. 2019



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	24/06/2019	DN	06/07/1989
PACIENTE IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA					
AGNÓSTICO FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	29	LEITO	120-5	DATA	01/07/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H				SUSPENSO
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				21/8/2019
5	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				22/8
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA				SN
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN				SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
12	SSVV + CCGG 6/6 H				SN
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, M ATIVO, CONTACTUANTE.
EM USO DE TALA EM MIE, COM LEVE QUEIXA ALGÉICA.
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, ALÉBRIL, EUPNÓICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE.
SOLICITADO: TC DE PLATO TIBIAL
CONDUTA:
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

18 NOV. 2019

Dr. Iderson P. Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1733 FUE 0/6

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	140 x 70	87	35
18 H			
24 H	143 x 97	90	36,7

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE
CRM-RR 1964

Residente de Ortopedia e Traumatologia

06h 139 x 99 88
12h: 140 x 90 87
35 x 36,7
medicação c.s.m
plantas noturnas por noite este - calmo Afando
ssvv + administrado ucpm.

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1733 FUE 0/6



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	24/06/2019	DN	06/07/1989
PACIENTE	IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA			
AGNÓSTICO	FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	29	LEITO	120-5	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			S/N
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			manhã
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H			SUSPENSO
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			18/24/06
5	TILATIL 20MG EV DE 12/12H			18/24
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			S/N
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM			S/N
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA			06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			S/N
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h S/N			S/N
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			S/N
12	SSVV + CCGG 6/6 H			manhã
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, EM USO DE TALITA MME, COM LEVE QUEIXA ALGICA.

EXAME FÍSICO: B/G, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNÓICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE.

SOLICITADO: TC DE PLATO TIBIAL

CONDUITA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

18 NOV. 2019

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE

CRM-RR 1964

Residente de Ortopedia e Traumatologia

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	140/80	98	-
18 H	120/80	85	20
24 H	112/77	80	20

06:4 | 140/84 | 83 | 136

Dr. Dalsom Feitosa
CRM-RR 1173

120-5



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	24/06/2019	DN	06/07/1989
PACIENTE IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA					
AGNÓSTICO FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	29	LEITO	120-5	DATA	04/07/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				monter
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H				SUSPENSO
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN				SW
5	SSVV + CCGG 6/6 H				SW
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SW
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				SW
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA				SW
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SW
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN				SW
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SW
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

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:

INCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, EM USO DE TALA EM MIE, SEM QUEIXA ÁLGICA.

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE, EM USO DE TALA GUINO PODÁLICA.

SOLICITADO:

CONDUITA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Rogério L. F. Dias
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 114

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	
12 H	130/80	93	-	36,2°C
18 H	120/80	82	-	35,8°C
24 H	122/80	93		35,6°C
06h	153/90	87		36,5°C

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE

CRM-RR 1964

Residente de Ortopedia e Traumatologia

18 NOV. 2019



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



120-5

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	24/06/2019	DN	06/07/1989
PACIENTE	IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA				
AGNÓSTICO	FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	29	LEITO	120-5	DATA	05/07/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manter
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H				SUSPENSO
4	DIPIRONA 500MG EV 8/8H SN				SIN
5	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SIN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				SIN
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA				DE
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SIN
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN				SIN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SIN
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

SE DIABÉTICO, CONDIÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA 200 250 2UI; 251 300 4UI; 301 350 6UI; 351 400 8UI; 401 450 10 UI E OU GLICOSE > 200 DM/L, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR O ANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, CONTACTUANTE, EM USO DE TALA EM ML, SEM QUELHA ALGICA

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANCOTICO, ANIETÉRICO, AFILAR, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE TROMBOSE EM USO DE TALA IGUINO PODALICA.

SOLICITADO:

CONDIÇÃO:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA

06/14 122x80 93 - 35c

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	TA
12 H	135/82	88	22	36c
18 H				
24 H	107x63	88	-	35c

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE

CRM RR 1964

Residente de Ortopedia e Traumatologia

18 NOV. 2019

12 H1 perito no ato
perdo 55/60 Siga
per monitorado 20/20
de 20/20



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: 24/06/2019 DIH: 24/06/2019 DN: 06/07/1989

PACIENTE: IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA

AGNÓSTICO: FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

ALERGIAS: HAS NEGA DM2 NEGA

IDADE: 29 LEITO: 120-5 DATA: 06/07/2019

ITEM: PRESCRIÇÃO TIPO: TIPO

1: DIETA ORAL LIVRE TIPO: SVD

2: ACESSO VENOSO PERIFÉRICO TIPO: manter

3: SF 0,9% 500ML EV 6/6H TIPO: SUSPENSO

4: DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN

5: SSVV + CCGG 6/6 H TIPO: noting

6: TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA TIPO: SW

7: NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM TIPO: SW

8: OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA TIPO: 06

9: METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N

10: SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN

11: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

12:

13:

14:

15:

16:

17:

18:

19:

20:

21:

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE > 180 MG/DL GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, EM USO DE TALA EM MIE, SEM QUEIXA ALGICA.

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE, EM USO DE TALA IGUINO PODÁLICA.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	130x80	87	
18 H	120x80	80	
24 H	129x64	86	-

Dr. AUGUSTO CAVALENTI

CRM RR 1964

Residente de Ortopedia e Traumatologia

18 NOV. 2019

plantão noturno, admissionado, tratado, medicado, prescrito, segue em unidades.

Maria Jesus Silva Dúo
Téc. em Enfermagem
COREN - RR 5929.395

Dr. Augusto Cavaleanti
Médico
Ortopedista/Traumatologista
CRM RR 1964

120-5

de 07/19 Paciente no leito
Sem medicação ofertada SW



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	24/06/2019	DN	06/07/1989
PACIENTE IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA					
AGNÓSTICO FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	29	LEITO	120-5	DATA	07/07/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SW
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SW
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H				SW
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN				SW
5	SSVV + CCGG 6/6 H				SW
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SW
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				SW
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA				SW
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SW
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN				SW
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SW
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, EM USO DE TALA EM MIE, SEM QUEIXA ÁLGICA.

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE, EM USO DE TALA IGUINO PODÁLICA.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

18 NOV. 2019

Dr. Elden Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	120x72	100	35,8
18 H	108x73	103	36,0
24 H	124x81	93	35,2
06	124x85	89	36,8

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE

CRM-RR 1964

Residente de Ortopedia e Traumatologia

4:00 - PT revelada com imagem de fratura instável. Fr. fechada com 30.01.03

18/10/2019



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

DATA DE ADMISSÃO

DIH

24/06/2019

DN

06/07/1989

PACIENTE IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA

AGNÓSTICO FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

ALERGIAS

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

29

LEITO

120-5

DATA

08/07/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

3

SF 0,9% 500ML EV 6/6H

4

DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN

5

SSVV + CCGG 6/6 H

6

TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

7

NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4

8

OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA

9

METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N

10

SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN

11

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

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 700
250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE < 180 U/ML
GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACI UANTE,
EM USO DE TALA EM MIE, SEM QUEIXA ÁLGICA.

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE, EM USO DE TALA
IGUINO PODÁLICA.

SOLICITADO:

CONDIUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

18 NOV. 2019

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	125x71	90	17
18 H	120x47	82	-
24 H	114x72	92	-

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE

CRM-RR 1964

Residente de Ortopedia e Traumatologia

06h 130/74 93

36,8°C

12:00h. Afundado SSVU.

Dr. Jesus A. Lopez Aguiar
CRM-RR 565

120-5

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

24/06/2019

PACIENTE IVAN ROBERTO ACHIECO LAGUNA

DIAGNÓSTICO FX DE PLATO TISNA ESQUERDO

ALERGIAS

IDADE

29

ITEM

1

DIETA ORAL COMUM

2

ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

3

SF 0,9% 500ML EV 8h

4

DIFERONA 100MG EV 8h

5

SSV + CCGO 25h

6

TRAMAL 100MG - 300MG - 600MG - 900MG - 1200MG - 1500MG - 1800MG - 2100MG - 2400MG - 2700MG - 3000MG - 3300MG - 3600MG - 3900MG - 4200MG - 4500MG - 4800MG - 5100MG - 5400MG - 5700MG - 6000MG - 6300MG - 6600MG - 6900MG - 7200MG - 7500MG - 7800MG - 8100MG - 8400MG - 8700MG - 9000MG - 9300MG - 9600MG - 9900MG - 10000MG

7

NALBUFINA 10 MG - 100MG - 200MG - 300MG - 400MG - 500MG - 600MG - 700MG - 800MG - 900MG - 1000MG - 1100MG - 1200MG - 1300MG - 1400MG - 1500MG - 1600MG - 1700MG - 1800MG - 1900MG - 2000MG - 2100MG - 2200MG - 2300MG - 2400MG - 2500MG - 2600MG - 2700MG - 2800MG - 2900MG - 3000MG - 3100MG - 3200MG - 3300MG - 3400MG - 3500MG - 3600MG - 3700MG - 3800MG - 3900MG - 4000MG - 4100MG - 4200MG - 4300MG - 4400MG - 4500MG - 4600MG - 4700MG - 4800MG - 4900MG - 5000MG - 5100MG - 5200MG - 5300MG - 5400MG - 5500MG - 5600MG - 5700MG - 5800MG - 5900MG - 6000MG - 6100MG - 6200MG - 6300MG - 6400MG - 6500MG - 6600MG - 6700MG - 6800MG - 6900MG - 7000MG - 7100MG - 7200MG - 7300MG - 7400MG - 7500MG - 7600MG - 7700MG - 7800MG - 7900MG - 8000MG - 8100MG - 8200MG - 8300MG - 8400MG - 8500MG - 8600MG - 8700MG - 8800MG - 8900MG - 9000MG - 9100MG - 9200MG - 9300MG - 9400MG - 9500MG - 9600MG - 9700MG - 9800MG - 9900MG - 10000MG

8

OMEPRAZOL 40MG - 80MG - 120MG - 160MG - 200MG - 240MG - 280MG - 320MG - 360MG - 400MG - 440MG - 480MG - 520MG - 560MG - 600MG - 640MG - 680MG - 720MG - 760MG - 800MG - 840MG - 880MG - 920MG - 960MG - 1000MG

9

METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8h

10

SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8h

11

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

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME 1 ESQUEMA: 700
250, 2UI; 251-350 4UI; 351-450 6UI; 451-550 8UI; 551-650 10UI; 651-750 12UI; 751-850 14UI; 851-950 16UI; 951-1050 18UI; 1051-1150 20UI; 1151-1250 22UI; 1251-1350 24UI; 1351-1450 26UI; 1451-1550 28UI; 1551-1650 30UI; 1651-1750 32UI; 1751-1850 34UI; 1851-1950 36UI; 1951-2050 38UI; 2051-2150 40UI; 2151-2250 42UI; 2251-2350 44UI; 2351-2450 46UI; 2451-2550 48UI; 2551-2650 50UI; 2651-2750 52UI; 2751-2850 54UI; 2851-2950 56UI; 2951-3050 58UI; 3051-3150 60UI; 3151-3250 62UI; 3251-3350 64UI; 3351-3450 66UI; 3451-3550 68UI; 3551-3650 70UI; 3651-3750 72UI; 3751-3850 74UI; 3851-3950 76UI; 3951-4050 78UI; 4051-4150 80UI; 4151-4250 82UI; 4251-4350 84UI; 4351-4450 86UI; 4451-4550 88UI; 4551-4650 90UI; 4651-4750 92UI; 4751-4850 94UI; 4851-4950 96UI; 4951-5050 98UI; 5051-5150 100UI; 5151-5250 102UI; 5251-5350 104UI; 5351-5450 106UI; 5451-5550 108UI; 5551-5650 110UI; 5651-5750 112UI; 5751-5850 114UI; 5851-5950 116UI; 5951-6050 118UI; 6051-6150 120UI; 6151-6250 122UI; 6251-6350 124UI; 6351-6450 126UI; 6451-6550 128UI; 6551-6650 130UI; 6651-6750 132UI; 6751-6850 134UI; 6851-6950 136UI; 6951-7050 138UI; 7051-7150 140UI; 7151-7250 142UI; 7251-7350 144UI; 7351-7450 146UI; 7451-7550 148UI; 7551-7650 150UI; 7651-7750 152UI; 7751-7850 154UI; 7851-7950 156UI; 7951-8050 158UI; 8051-8150 160UI; 8151-8250 162UI; 8251-8350 164UI; 8351-8450 166UI; 8451-8550 168UI; 8551-8650 170UI; 8651-8750 172UI; 8751-8850 174UI; 8851-8950 176UI; 8951-9050 178UI; 9051-9150 180UI; 9151-9250 182UI; 9251-9350 184UI; 9351-9450 186UI; 9451-9550 188UI; 9551-9650 190UI; 9651-9750 192UI; 9751-9850 194UI; 9851-9950 196UI; 9951-10050 198UI; 10051-10150 200UI; 10151-10250 202UI; 10251-10350 204UI; 10351-10450 206UI; 10451-10550 208UI; 10551-10650 210UI; 10651-10750 212UI; 10751-10850 214UI; 10851-10950 216UI; 10951-11050 218UI; 11051-11150 220UI; 11151-11250 222UI; 11251-11350 224UI; 11351-11450 226UI; 11451-11550 228UI; 11551-11650 230UI; 11651-11750 232UI; 11751-11850 234UI; 11851-11950 236UI; 11951-12050 238UI; 12051-12150 240UI; 12151-12250 242UI; 12251-12350 244UI; 12351-12450 246UI; 12451-12550 248UI; 12551-12650 250UI; 12651-12750 252UI; 12751-12850 254UI; 12851-12950 256UI; 12951-13050 258UI; 13051-13150 260UI; 13151-13250 262UI; 13251-13350 264UI; 13351-13450 266UI; 13451-13550 268UI; 13551-13650 270UI; 13651-13750 272UI; 13751-13850 274UI; 13851-13950 276UI; 13951-14050 278UI; 14051-14150 280UI; 14151-14250 282UI; 14251-14350 284UI; 14351-14450 286UI; 14451-14550 288UI; 14551-14650 290UI; 14651-14750 292UI; 14751-14850 294UI; 14851-14950 296UI; 14951-15050 298UI; 15051-15150 300UI; 15151-15250 302UI; 15251-15350 304UI; 15351-15450 306UI; 15451-15550 308UI; 15551-15650 310UI; 15651-15750 312UI; 15751-15850 314UI; 15851-15950 316UI; 15951-16050 318UI; 16051-16150 320UI; 16151-16250 322UI; 16251-16350 324UI; 16351-16450 326UI; 16451-16550 328UI; 16551-16650 330UI; 16651-16750 332UI; 16751-16850 334UI; 16851-16950 336UI; 16951-17050 338UI; 17051-17150 340UI; 17151-17250 342UI; 17251-17350 344UI; 17351-17450 346UI; 17451-17550 348UI; 17551-17650 350UI; 17651-17750 352UI; 17751-17850 354UI; 17851-17950 356UI; 17951-18050 358UI; 18051-18150 360UI; 18151-18250 362UI; 18251-18350 364UI; 18351-18450 366UI; 18451-18550 368UI; 18551-18650 370UI; 18651-18750 372UI; 18751-18850 374UI; 18851-18950 376UI; 18951-19050 378UI; 19051-19150 380UI; 19151-19250 382UI; 19251-19350 384UI; 19351-19450 386UI; 19451-19550 388UI; 19551-19650 390UI; 19651-19750 392UI; 19751-19850 394UI; 19851-19950 396UI; 19951-20050 398UI; 20051-20150 400UI; 20151-20250 402UI; 20251-20350 404UI; 20351-20450 406UI; 20451-20550 408UI; 20551-20650 410UI; 20651-20750 412UI; 20751-20850 414UI; 20851-20950 416UI; 20951-21050 418UI; 21051-21150 420UI; 21151-21250 422UI; 21251-21350 424UI; 21351-21450 426UI; 21451-21550 428UI; 21551-21650 430UI; 21651-21750 432UI; 21751-21850 434UI; 21851-21950 436UI; 21951-22050 438UI; 22051-22150 440UI; 22151-22250 442UI; 22251-22350 444UI; 22351-22450 446UI; 22451-22550 448UI; 22551-22650 450UI; 22651-22750 452UI; 22751-22850 454UI; 22851-22950 456UI; 22951-23050 458UI; 23051-23150 460UI; 23151-23250 462UI; 23251-23350 464UI; 23351-23450 466UI; 23451-23550 468UI; 23551-23650 470UI; 23651-23750 472UI; 23751-23850 474UI; 23851-23950 476UI; 23951-24050 478UI; 24051-24150 480UI; 24151-24250 482UI; 24251-24350 484UI; 24351-24450 486UI; 24451-24550 488UI; 24551-24650 490UI; 24651-24750 492UI; 24751-24850 494UI; 24851-24950 496UI; 24951-25050 498UI; 25051-25150 500UI; 25151-25250 502UI; 25251-25350 504UI; 25351-25450 506UI; 25451-25550 508UI; 25551-25650 510UI; 25651-25750 512UI; 25751-25850 514UI; 25851-25950 516UI; 25951-26050 518UI; 26051-26150 520UI; 26151-26250 522UI; 26251-26350 524UI; 26351-26450 526UI; 26451-26550 528UI; 26551-26650 530UI; 26651-26750 532UI; 26751-26850 534UI; 26851-26950 536UI; 26951-27050 538UI; 27051-27150 540UI; 27151-27250 542UI; 27251-27350 544UI; 27351-27450 546UI; 27451-27550 548UI; 27551-27650 550UI; 27651-27750 552UI; 27751-27850 554UI; 27851-27950 556UI; 27951-28050 558UI; 28051-28150 560UI; 28151-28250 562UI; 28251-28350 564UI; 28351-28450 566UI; 28451-28550 568UI; 28551-28650 570UI; 28651-28750 572UI; 28751-28850 574UI; 28851-28950 576UI; 28951-29050 578UI; 29051-29150 580UI; 29151-29250 582UI; 29251-29350 584UI; 29351-29450 586UI; 29451-29550 588UI; 29551-29650 590UI; 29651-29750 592UI; 29751-29850 594UI; 29851-29950 596UI; 29951-30050 598UI; 30051-30150 600UI; 30151-30250 602UI; 30251-30350 604UI; 30351-30450 606UI; 30451-30550 608UI; 30551-30650 610UI; 30651-30750 612UI; 30751-30850 614UI; 30851-30950 616UI; 30951-31050 618UI; 31051-31150 620UI; 31151-31250 622UI; 31251-31350 624UI; 31351-31450 626UI; 31451-31550 628UI; 31551-31650 630UI; 31651-31750 632UI; 31751-31850 634UI; 31851-31950 636UI; 31951-32050 638UI; 32051-32150 640UI; 32151-32250 642UI; 32251-32350 644UI; 32351-32450 646UI; 32451-32550 648UI; 32551-32650 650UI; 32651-32750 652UI; 32751-32850 654UI; 32851-32950 656UI; 32951-33050 658UI; 33051-33150 660UI; 33151-33250 662UI; 33251-33350 664UI; 33351-33450 666UI; 33451-33550 668UI; 33551-33650 670UI; 33651-33750 672UI; 33751-33850 674UI; 33851-33950 676UI; 33951-34050 678UI; 34051-34150 680UI; 34151-34250 682UI; 34251-34350 684UI; 34351-34450 686UI; 34451-34550 688UI; 34551-34650 690UI; 34651-34750 692UI; 34751-34850 694UI; 34851-34950 696UI; 34951-35050 698UI; 35051-35150 700UI; 35151-35250 702UI; 35251-35350 704UI; 35351-35450 706UI; 35451-35550 708UI; 35551-35650 710UI; 35651-35750 712UI; 35751-35850 714UI; 35851-35950 716UI; 35951-36050 718UI; 36051-36150 720UI; 36151-36250 722UI; 36251-36350 724UI; 36351-36450 726UI; 36451-36550 728UI; 36551-36650 730UI; 36651-36750 732UI; 36751-36850 734UI; 36851-36950 736UI; 36951-37050 738UI; 37051-37150 740UI; 37151-37250 742UI; 37251-37350 744UI; 37351-37450 746UI; 37451-37550 748UI; 37551-37650 750UI; 37651-37750 752UI; 37751-37850 754UI; 37851-37950 756UI; 37951-38050 758UI; 38051-38150 760UI; 38151-38250 762UI; 38251-38350 764UI; 38351-38450 766UI; 38451-38550 768UI; 38551-38650 770UI; 38651-38750 772UI; 38751-38850 774UI; 38851-38950 776UI; 38951-39050 778UI; 39051-39150 780UI; 39151-39250 782UI; 39251-39350 784UI; 39351-39450 786UI; 39451-39550 788UI; 39551-39650 790UI; 39651-39750 792UI; 39751-39850 794UI; 39851-39950 796UI; 39951-40050 798UI; 40051-40150 800UI; 40151-40250 802UI; 40251-40350 804UI; 40351-40450 806UI; 40451-40550 808UI; 40551-40650 810UI; 40651-40750 812UI; 40751-40850 814UI; 40851-40950 816UI; 40951-41050 818UI; 41051-41150 820UI; 41151-41250 822UI; 41251-41350 824UI; 41351-41450 826UI; 41451-41550 828UI; 41551-41650 830UI; 41651-41750 832UI; 41751-41850 834UI; 41851-41950 836UI; 41951-42050 838UI; 42051-42150 840UI; 42151-42250 842UI; 42251-42350 844UI; 42351-42450 846UI; 42451-42550 848UI; 42551-42650 850UI; 42651-42750 852UI; 42751-42850 854UI; 42851-42950 856UI; 42951-43050 858UI; 43051-43150 860UI; 43151-43250 862UI; 43251-43350 864UI; 43351-43450 866UI; 43451-43550 868UI; 43551-43650 870UI; 43651-43750 872UI; 43751-43850 874UI; 43851-43950 876UI; 43951-44050 878UI; 44051-44150 880UI; 44151-44250 882UI; 44251-44350 884UI; 44351-44450 886UI; 44451-44550 888UI; 44551-44650 890UI; 44651-44750 892UI; 44751-44850 894UI; 44851-44950 896UI; 44951-45050 898UI; 45051-45150 900UI; 45151-45250 902UI; 45251-45350 904UI; 45351-45450 906UI; 45451-45550 908UI; 45551-45650 910UI; 45651-45750 912UI; 45751-45850 914UI; 45851-45950 916UI; 45951-46050 918UI; 46051-46150 920UI; 46151-46250 922UI; 46251-46350 924UI; 46351-46450 926UI; 46451-46550 928UI; 46551-46650 930UI; 46651-46750 932UI; 46751-46850 934UI; 46851-46950 936UI; 46951-47050 938UI; 47051-47150 940UI; 47151-47250 942UI; 47251-47350 944UI; 47351-47450 946UI; 47451-47550 948UI; 47551-47650 950UI; 47651-47750 952UI; 47751-47850 954UI; 47851-47950 956UI; 47951-48050 958UI; 48051-48150 960UI; 48151-48250 962UI; 48251-48350 964UI; 48351-48450 966UI; 48451-48550 968UI; 48551-48650 970UI; 48651-48750 972UI; 48751-48850 974UI; 48851-48950 976UI; 48951-49050 978UI; 49051-49150 980UI; 49151-49250 982UI; 49251-49350 984UI; 49351-49450 986UI; 49451-49550 988UI; 49551-49650 990UI; 49651-49750 992UI; 49751-49850 994UI; 49851-49950 996UI; 49951-50050 998UI; 50051-50150 1000UI; 50151-50250 1002UI; 50251-50350 1004UI; 50351-50450 1006UI; 50451-50550 1008UI; 50551-50650 1010UI; 50651-50750 1012UI; 50751-50850 1014UI; 50851-50950 1016UI; 50951-51050 1018UI; 51051-51150 1020UI; 51151-51250 1022UI; 51251-51350 1024UI; 51351-51450 1026UI; 51451-51550 1028UI; 51551-51650 1030UI; 51651-51750 1032UI; 51751-51850 1034UI; 51851-51950 1036UI; 51951-52050 1038UI; 52051-52150 1040UI; 52151-52250 1042UI; 52251-52350 1044UI; 52351-52450 1046UI; 52451-52550 1048UI; 52551-52650 1050UI; 52651-52750 1052UI; 52751-52850 1054UI; 52851-52950 1056UI; 52951-53050 1058UI; 53051-53150 1060UI; 53151-53250 1062UI; 53251-53350 1064UI; 53351-53450 1066UI; 53451-53550 1068UI; 53551-53650 1070UI; 53651-53750 1072UI; 53751-53850 1074UI; 53851-53950 1076UI; 53951-54050 1078UI; 54051-54150 1080UI; 54151-54250 1082UI; 54251-54350 1084UI; 54351-54450 1086UI; 54451-54550 1088UI; 54551-54650 1090UI; 54651-54750 1092UI; 54751-54850 1094UI; 54851-54950 1096UI; 54951-55

120-5



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

DATA DE ADMISSÃO: _____ DIH: 24/06/2019 DN: 06/01/1989

PACIENTE: IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA

AGNÓSTICO: FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	29	LEITO	120-5	DATA

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SN
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	marthin
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H	SUSPENSO
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	SN
5	SSVV + CCGG 6/6 H	3h / Realiza
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA OITLM	SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA	06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN	SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		

AO HC

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/M GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:
 # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, CONTACUANTE,
 EM USO DE TALA EM MIE, SEM QUEIXA ÁLGICA.
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NÓRMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE, EM USO DE TALA
 IGUINO PODÁLICA.
 # SOLICITADO:
 # CONDUTA:
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Augusto L. P. G. 45
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	110x70		86
18 H			
24 H			

Dr. AUGUSTO CAVACANTI
 CRM RR 1964
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

Afrido SSVU CPM
Lidiane Oliveira de Sousa
 COREN-RR 726.138

18 NOV 2019



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	24/06/2019	DN	06/07/1989
PACIENTE	IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA			
AGNÓSTICO	FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	29	LEITO	20-5	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			MANUT
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H			SUSPENSO
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN			SN
5	SSVV + CCGG 6/6 H			MANUT
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4			-
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1X DIA			DE
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			SN
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN			SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SN
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, CONTACTUANTE, EM USO DE TALA EM MIB, SEM QUEIXA AGUDA.

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANOTICO, ANICTERICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOODE, EM USO DE TALA IGUINO PODÁLICA.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

06 h
PA = 108 x 80
FC = 62
T = 36,4

Dr. Dalsen Perloso
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1176

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	124 x 84	80	-
18 H	130 x 62	97	-
24 H	104 x 62	87	-

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE
CRM-RR 1964

Residente de Ortopedia e Traumatologia

opt s/ queixas, segue aos cuidados

06 h paciente no leito aceitando
medicação com SSVV feito sem queixas
segue aos cuidados da Enf: tereza
Loren 67 0001077

18 NOV. 2019

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: _____ DIH: 24/06/2019 DN: 06/07/1989

PACIENTE: IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA

AGNÓSTICO: FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

ALERGIAS: _____ HAS: _____ NEGA: _____ DM2: _____ NEGA: _____

IDADE: 29 LEITO: 120-5 DATA: 12/07/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SWD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	Manhã
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H	SUSPENSO
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	SN
5	SSVV + CCGG 6/6 H	Retrato
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA	06h
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN	SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200 250 2UI, 251-300 4UI, 301-350 6UI, 351-400 8UI, ≥ 400 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:
 # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, EM USO DE TALA EM MIE, SEM QUEIXA ÁLGICA.
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE, EM USO DE TALA IGUINO PODÁLICA.
 # SOLICITADO:
 # CONDIÇÃO:
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:

18 NOV. 2019

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	105x69	94		35,2°C
18 H	105x80	85		34,8°C
24 H	130/70	92		35,2°C

06h 12/70 75 - 34,8°C

Plantão diário: Pcte sem queixas e ferido SSVV.

18/07/19 (19h-07h) Paciente em repouso no leito. S/ queixas.

72 e 00h administrado item "8". PA 120/70 mmHg, P=75 bpm

T=34,8°C

Geleirânia da C. Lima
Técnica de Enfermagem
COREN-298.776



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



120-5

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	24/06/2019	DN	06/07/1989
PACIENTE	IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA				
AGNÓSTICO	FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	29	LEITO	120-5	DATA	12/07/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manter
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H				SUSPENSO
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN				SN
5	SSVV + CCGG 6/6 H				Após / Realizar
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA				06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN				SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250 ZUI, 251-300 4UI, 301-350 6UI, 351-400 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, EM USO DE TALA EM MIE, SEM QUEIXA ALGICA.

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE, EM USO DE TALA IGUINO PODÁLICA.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Bruno Aguiar dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RR 1047 / TEOT 10488

Obt m 12x130 P-93 lev 36

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	112x8	95	-
18 H	116/82	94	
24 H	120x66	90	33.4°C

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE

CRM-RR 1964

Residente de Ortopedia e Traumatologia

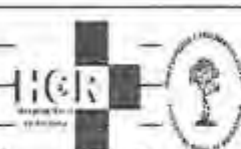
11:10 Paciente no leito. Verificado SSVV sem intercorrências.

Medicação e SSVV de plantão noturno realizado conforme prescrição médica. e que os cuidados de enfermagem.

18 NOV. 2019



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	24/06/2019	DN	06/07/1989
PACIENTE	IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA				
AGNÓSTICO	FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	29	LEITO	120-5	DATA	14/07/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				manter
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H				SUSPENSO
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN				SN
5	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA				06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN				SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

Dr. Eider Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 182128

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:

RECONTRO PACIENTE: DIETADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, EM USO DE TALA EM MIE, SEM QUEIXA ALGICA.

EXAME FÍSICO: B.E.G, ACIANOTICO, ANICTERICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE, EM USO DE TALA EQUINO PODALICA.

SQUILARIO:

CONDUITA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

18 NOV. 2019

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	145/87	83	
18 H	130/80	89	36,5
24 H	140/80	95	

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE

CRM-RR 1964

Residente de Ortopedia e Traumatologia

paciente tranquilo segue
nos curativos
Anore
253233

120-3

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH	24/06/2019	DN	06/07/1989
------------------	--	-----	------------	----	------------

PACIENTE	IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA				
----------	-----------------------------	--	--	--	--

AGNÓSTICO	FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO				
-----------	-----------------------------	--	--	--	--

ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
----------	--	-----	------	-----	------

IDADE	29	LEITO	120-5	DATA	14/07/2019
-------	----	-------	-------	------	------------

ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
------	------------	--	--	--	---------

1	DIETA ORAL LIVRE				SND
---	------------------	--	--	--	-----

2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				manhã
---	--------------------------	--	--	--	-------

3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H				SUSPENSO
---	-----------------------	--	--	--	----------

4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN				SU
---	---------------------------	--	--	--	----

5	SSVV + CCGG 6/6 H				SU
---	-------------------	--	--	--	----

6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SU
---	---	--	--	--	----

7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				SU
---	---	--	--	--	----

8	OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA				SU
---	-------------------------	--	--	--	----

9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SU
---	---------------------------------	--	--	--	----

10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN				SU
----	--	--	--	--	----

11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SU
----	---	--	--	--	----

12					
----	--	--	--	--	--

13					
----	--	--	--	--	--

14					
----	--	--	--	--	--

15					
----	--	--	--	--	--

16					
----	--	--	--	--	--

17					
----	--	--	--	--	--

18					
----	--	--	--	--	--

19					
----	--	--	--	--	--

20					
----	--	--	--	--	--

21					
----	--	--	--	--	--

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, EM USO DE TALA EM MIE, SEM QUEIXA ÁLGICA.

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE, EM USO DE TALA IGUINO PODÁLICA.

SOLICITADO:

CONDLTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

OGH, 120 x 80 P.72

18 NOV. 2019

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 566

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	120 x 80	93	
18 H			
24 H	100 x 60	82	

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE

CRM-RR 1964

Residente de Ortopedia e Traumatologia

P.O. 04
S.S.V.V. 04/07/2019
Paciente

15/10/2019. Placenta interna
Unidade cuidados gerais
Unidade cuidados gerais
Fim de S.S.V.V.

Francisco Damazio de Assis
Coren RR 973.392-TF



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



120-5

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	24/06/2019	DN	06/07/1989
PACIENTE	IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA			
AGNÓSTICO	FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	29	LEITO	120-5	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SNV
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			manuten
3	SF 0,9% 500ML EV 8/8H			SUSPENSO
4	DIPIRONA 500MG EV 8/8H SN			SN
5	SSVV + CCGG 8/8 H			SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4			SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA			SN
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			SN
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN			SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SN
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, EM USO DE TALA EM MIE, SEM DOR ALGICA.

EXAME FÍSICO: REG, ACIANOTICO, ANAETERICO, ATERRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE, EM USO DE TALA IGUINO PODÁLICA.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

06h | 110x78 | 76 | 20 | 36,6

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	120x90	74	18
18 H	109x64	64	-
24 H	110/80	87	-

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE

CRM-RR 1964

Residente de Ortopedia e Traumatologia

Dr. Dalsen Feltosa
Ortopedia - Traumatologia
CRM-RR 1176

18 NOV. 2019

As 12:00h Paciente no leito, Afrito
SSVV, segue com curativos nos locais
dos do grupo de

Rosilene Cavalcanti P. Mendes
Técnicas de Enfermagem
COREN-RR 552 039-TE

06h PLANTÃO NOTURNO, ADM
MED. CPM, REALIZADO
SSVV + CCGG, PCT SEGURO
SEM OUVIXA.

Aquielino Silva
CRM-RR 6703-TE

120-5

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH	24/06/2019	DN	06/07/1989
------------------	--	-----	------------	----	------------

PACIENTE	IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA				
----------	-----------------------------	--	--	--	--

AGNÓSTICO	FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO				
-----------	-----------------------------	--	--	--	--

ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
----------	--	-----	------	-----	------

IDADE	29	LEITO	120-5	DATA	17/07/2019
-------	----	-------	-------	------	------------

ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
------	------------	--	--	--	---------

1	DIETA ORAL LIVRE	SN
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	SN
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H	SUSPENSO
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	SN
5	SSVV + CCGG 6/6 H	Cepha / Realizar
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM	SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA	OG
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN	SU
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		

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 QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, EM USO DE TALA EM MIE, SEM QUEIXA ALGICA.

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE, EM USO DE TALA IGUINO PODÁLICA.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

18 NOV. 2019

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	130x90	75	34.8
18 H	124x84	79	35.8°C
24 H	120x84	96	35.6°C

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE

CRM-RR 1964

Residente de Ortopedia e Traumatologia

Dr. Marcelo Arruda
Ortopedista/Traumatologista
CRM-RR 12437 RGE-599

12:00 17/07/2019 - Ret no leito, unificado SSVV, Sem Queixas algicas e segue as cuidados.

Assinatura:

OG des adm med. Omeprazol 40 mg B
ret no leito, SSVV realizado no período

Assinatura
Lucineide A. Lima
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 866.340 TE

320/5

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

DATA DE ADMISSÃO: _____ DIH: 24/06/2019 DN: 06/07/1989

PACIENTE: **IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA**

AGNÓSTI: **FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO**

ALERGIAS: _____ HAS: **NEGA** DM2: _____ **NEGA**

IDADE: **29** LEITO: **120-5** DATA: **18/07/2019**

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	notu
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H	SUSPENSO
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	SN
5	SSVV + CCGG 6/6 H	notu
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM	SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA	OB
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI, 251-300: 4UI, 301-350: 6UI, 351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, CONTACTUANTE, EM USO DE TALA EM MIE, SEM QUEIXA ALGICA.
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE, EM USO DE TALA IGUINO PODÁLICA.
 # SOLICITADO:
 # CONDUTA:
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	120/90	89	—
18 H	122/84	82	—
24 H	120/70	80	—

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE
 CRM-RR 1964
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

18 NOV. 2019

120-5

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	24/06/2019	DN	06/07/1989
PACIENTE	IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA				
AGNÓSTICO	FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	29	LEITO	120-5	DATA	19/07/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5/5
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				1/1
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H				SUSPENSO
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN				1/1
5	SSVV + CCGG 6/6 H				1/1
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				1/1
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				1/1
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA				1/1
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				1/1
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN				1/1
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				1/1
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:
 # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, EM USO DE TALA EM MIE, SEM QUEIXA ALGICA.
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE, EM USO DE TALA IGUINO PODÁLICA.
 # SOLICITADO:
 # CONDUTA:
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:

18 NOV. 2019

SINAIS VITAIS				
6 H	110x80	FC	FR	36,2
12 H	110x75	86	18	36,22
18 H	110x76	91	-	36,2
24 H	130x11	90	-	36,2

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e Traumatologia

Dr. Marcelo Arruda
Ortopedista/Traumatologista
CRM-RR 1243 RQE: 550

As 12h04h Paciente no leito, afando ssu
segue sem queixas, Realizado cuidados
de enfermagem
Rosilene Garcia P. Mendr
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 552.039-TE



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	24/06/2019	DN	06/07/1989
PACIENTE IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA					
AGNÓSTICO FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	29	LEITO	120-5	DATA	20/07/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				hente
3	SF 0,9% 500ML EV 8/H				SUSPENSO
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN				Sx
5	SSVV + CCGG 8/8 H				Retro
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SSN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				SSN
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA				SSN
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SSN
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN				SSN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, EM USO DE TALA EM MIE, SEM QUEIXA ALGICA.

EXAME FÍSICO: BGL, ACIANOTICO, ANCTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE, EM USO DE TALA EQUINO PODALICA.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Rogério L. P. Dias
Médico
Ortopedista/Traumatologista
CRM 120538/R 10RE-114

SINAIS VITAIS

GH	PA	FC	FR	
12 H	130x80	89		36,5
18 H	130x90	94		36,8
24 H	130x90	84		36,5
ob:ca 130x90 82				36,8c

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE

CRM-RR 1964

Residente de Ortopedia e Traumatologia

18 NOV. 2019

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

DATA DE ADMISSÃO: 24/06/2019 DIH: 24/06/2019 DN: 06/07/1989

PACIENTE: IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA

AGNÓSTICO: FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

ALERGIAS: HAS NEGA DM2 NEGA

IDADE: 29 LEITO: 120-5 DATA: 24/07/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE	S+L
2	ACLSO VENOSO PERIFERICO	manhã
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H	SUSPENSO
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	S+ Pictura
5	SSVV + CCOG 6/6 H	S+
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	S+
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	S+
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA	S+
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	S N
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN	S N
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	S N
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		

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 DI/mL, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTINUANTE, EM USO DE TALA EM MIE, SEM QUEIXA ALGICA.

EXAME FÍSICO: 31 G, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE, EM USO DE TALA GUINHO PODÁLICA.

SOLICITADO:

CONDUZA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PRT VISÃO DE ALTA:

Dr. Elde Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 18287/RR

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	Dr. AUGUSTO C. VALENTE CRM 18287/RR Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H				
12 H	130x93	92	36,2	
18 H	110x60	69	36,2	
24 H	110x70	70	36,2	

06 110x 60

18 NOV. 2019

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: 24/06/2019 DIH: 06/07/1989 DN: 06/07/1989

PACIENTE: IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA

AGNÓSTICO: FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

ALERGIAS: HAS NEGA DM2 NEGA

IDADE: 29 LEITO: 120-5 DATA: 20/07/2019

ITEM: PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	
3	SF 0,9% 500ML EV 6/H	SUSPENSO
4	DIPIRONA 500MG EV 6/H SN	
5	SSVV + CCGG 5/6 H	
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1X DIA	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE: DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, EM USO DE TALA EM MIE, SEM QUEIXA ALGICA.

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE ELOGOSE, EM USO DE TALA EQUINO PODALICA.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

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

SINAIS VITAIS	6 H	PA	FC	FR
12 H	130x80	89	36,5	
18 H	130x90	94	36,8	
24 H	130x90	84	36,5	

cl:ca 130x90 82

36,8c

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE

CRM-RR 1964

Residente de Ortopedia e Traumatologia

18 NOV. 2019

Data de Nascimento: 06/07/1989 Idade: 29
 Termo de Consentimento Cirúrgico: () Sim (☒) Não

Termo de Consentimento Anestesia: () Sim (☒) Não

Data: 24107179

INTRA-OPERATÓRIO

1. Information

13:48	14:25	14:42	15:28
-------	-------	-------	-------

LaQ-E

Histatogeo Infundida	Antibioticoterapia	Hemoderivados
----------------------	--------------------	---------------

Outros: RL-1	Doze: 15	Plasma: —
--------------	----------	-----------

M ^o de Compressas recolhidas:	2 x 2 x 2.
Exames na SO-	
☒ Não	
☐ Sim	

() Psicomotricidade () Outros: _____

() Cultura () Outros: _____

Diagram showing the connection of a 6V battery to a circuit with a lamp and a switch. The battery is connected to the lamp, which is connected to the switch. The switch is labeled '1. Eléctrodo' and '2. Oxímetro'.

10. ~~GAFFOLE~~

11. TOT () N50 () Sim N°

13. Outros: _____

Sinais Vitais: Saida da 50

() Regular () Irregular

Destino: ☒ SRPA () UTI () outros: _____

Sinai's Vitais

q'	TE	η/μ
0	0.0000	0.0000
0.1	0.0000	0.0000
0.2	0.0000	0.0000
0.3	0.0000	0.0000
0.4	0.0000	0.0000
0.5	0.0000	0.0000
0.6	0.0000	0.0000
0.7	0.0000	0.0000
0.8	0.0000	0.0000
0.9	0.0000	0.0000
1.0	0.0000	0.0000
1.1	0.0000	0.0000
1.2	0.0000	0.0000
1.3	0.0000	0.0000
1.4	0.0000	0.0000
1.5	0.0000	0.0000
1.6	0.0000	0.0000
1.7	0.0000	0.0000
1.8	0.0000	0.0000
1.9	0.0000	0.0000
2.0	0.0000	0.0000
2.1	0.0000	0.0000
2.2	0.0000	0.0000
2.3	0.0000	0.0000
2.4	0.0000	0.0000
2.5	0.0000	0.0000
2.6	0.0000	0.0000
2.7	0.0000	0.0000
2.8	0.0000	0.0000
2.9	0.0000	0.0000
3.0	0.0000	0.0000
3.1	0.0000	0.0000
3.2	0.0000	0.0000
3.3	0.0000	0.0000
3.4	0.0000	0.0000
3.5	0.0000	0.0000
3.6	0.0000	0.0000
3.7	0.0000	0.0000
3.8	0.0000	0.0000
3.9	0.0000	0.0000
4.0	0.0000	0.0000
4.1	0.0000	0.0000
4.2	0.0000	0.0000
4.3	0.0000	0.0000
4.4	0.0000	0.0000
4.5	0.0000	0.0000
4.6	0.0000	0.0000
4.7	0.0000	0.0000
4.8	0.0000	0.0000
4.9	0.0000	0.0000
5.0	0.0000	0.0000
5.1	0.0000	0.0000
5.2	0.0000	0.0000
5.3	0.0000	0.0000
5.4	0.0000	0.0000
5.5	0.0000	0.0000
5.6	0.0000	0.0000
5.7	0.0000	0.0000
5.8	0.0000	0.0000
5.9	0.0000	0.0000
6.0	0.0000	0.0000
6.1	0.0000	0.0000
6.2	0.0000	0.0000
6.3	0.0000	0.0000
6.4	0.0000	0.0000
6.5	0.0000	0.0000
6.6	0.0000	0.0000
6.7	0.0000	0.0000
6.8	0.0000	0.0000
6.9	0.0000	0.0000
7.0	0.0000	0.0000
7.1	0.0000	0.0000
7.2	0.0000	0.0000
7.3	0.0000	0.0000
7.4	0.0000	0.0000
7.5	0.0000	0.0000
7.6	0.0000	0.0000
7.7	0.0000	0.0000
7.8	0.0000	0.0000
7.9	0.0000	0.0000
8.0	0.0000	0.0000
8.1	0.0000	0.0000
8.2	0.0000	0.0000
8.3	0.0000	0.0000
8.4	0.0000	0.0000
8.5	0.0000	0.0000
8.6	0.0000	0.0000
8.7	0.0000	0.0000
8.8	0.0000	0.0000
8.9	0.0000	0.0000
9.0	0.0000	0.0000
9.1	0.0000	0.0000
9.2	0.0000	0.0000
9.3	0.0000	0.0000
9.4	0.0000	0.0000
9.5	0.0000	0.0000
9.6	0.0000	0.0000
9.7	0.0000	0.0000
9.8	0.0000	0.0000
9.9	0.0000	0.0000
10.0	0.0000	0.0000

[illegible]

30 h				

ervações:

1. <u>1000</u>	2. <u>1000</u>
-------------------------------------	-------------------------------------

Qual	Hora	SVD/Aspecto	Dreno/Qual	Outros
------	------	-------------	------------	--------

--	--	--	--	--	--

[illegible]

EM (Evolução/Alta do Paciente)

5 cm in hercdntnci 38

10

Free

José Luciano dos Santos
CORREIOS 362 412 - 8007

Enfermeiro

18 NOV. 2019

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

PROCESSO DE LICENCIAMENTO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANEXO 1

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÃO

Ivan Roberto Pacheco
Região + João G.

Intervista: Dra. Paula + Dr. Daniel +
Dr. Emerson
SAÍDA (Sala de Operação)

SAÍDA (Sala de Operação)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: (X) Sim () Não

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFERIRAM VERBALMENTE COM A EQUIPE

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO
CONFIRMARAM VERBALMENTE:

1- O NOME DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO REGISTRADO

(X) Identificação do paciente
() Sítio cirúrgico
(X) Topografia

(X) Sim () Não

EFETOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:
(X) EVISÃO DO CIRURGIÃO:

2- SE AS CONTAGENS DE HIGIENIZAÇÃO CIRÚRGICA, COMPRESSAS E GLOBOS ESTÃO CORRETAS

(X) Não são as etapas críticas ou inesperadas, imitação da operação e perda sanguínea prevista.

(X) EVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:
(X) Não alguma provocação específica em relação ao paciente

3- COMO A AMOSTRA PARA O EXAME PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA INCLUINDO O NOME DO CIRURGIÃO

(X) RESISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:
(X) Os materiais necessários, como instrumentos, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou qualificação da equipe?

SE HÁ ALGUM PROBLEMA PARA O PACIENTE PARA SER RESOLVIDO

() Sim (X) Não

(X) PROFISSÃO ANTIMICROBIANA POR REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

(X) O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVEREM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DEPOIS DA OPERAÇÃO

(X) Sim () Não () Não se aplica

(X) Sim

Horas: 14:20

Dr. Daniel Soares Ferreira
Médico
CRM-RR 1179

Rebeca Mendes Costa
Enfermeira
CRM-RR 1448

Assinatura e Carimbo

24 de 19



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



120-1

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	24/06/2019	DN	06/07/1989
PACIENTE	IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA			
AGNÓSTI	FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	29	LEITO	120-5	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL ZERO CIRURGIA HOJE			SN
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			SN
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H			SUSPENSO
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN			SN
5	SSVV + CCGG 6/6 H			SN
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			SN
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4			SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA			SN
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			SN
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN			SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SN
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, EM USO DE TALA EM MIE, SEM QUEIXA ALGICA.

#EXAME FÍSICO: BEG, ACIANOTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE, EM USO DE TALA IGUINO PODÁLICA.

#SOLICITADO:

#CONDUTA:

#PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

#PREVISÃO DE ALTA:

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

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	140x100	88	30c
18 H			
24 H			

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE
CRM-RR 1964

Residente de Ortopedia e Traumatologia

paciente no leito estando apassado os vitais e segun
cor. estado do. Curpama Gen

18 NOV. 2019



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




PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	24/06/2019	DN	06/07/1989
------------------	-----	------------	----	------------

PACIENTE	IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA
----------	-----------------------------

AGNÓSTI	FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO
---------	-----------------------------

ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
----------	-----	------	-----	------

IDADE	29	LEITO	120-5	DATA	25/07/2019
-------	----	-------	-------	------	------------

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
------	------------	---------

1	DIETA ORAL ZERO CIRURGIA HOJE-	
---	--------------------------------	--

2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	
---	--------------------------	--

3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H	SUSPENSO
---	-----------------------	----------

4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	
---	---------------------------	--

5	SSVV + CCGG 6/6 H	
---	-------------------	--

6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
---	---	--

7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	
---	---	--

8	OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA	
---	-------------------------	--

9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
---	---------------------------------	--

10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN	
----	--	--

11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
----	---	--

12		
----	--	--

13		
----	--	--

14		
----	--	--

15		
----	--	--

16		
----	--	--

17		
----	--	--

18		
----	--	--

19		
----	--	--

20		
----	--	--

21		
----	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, EM USO DE TALA EM MIE, SEM QUEIXA ÁLGICA.

#EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE, EM USO DE TALA IGUINO PODÁLICA.

#SOLICITADO:

#CONDUTA:

#PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

#PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE

CRM-RR 1964

Residente de Ortopedia e Traumatologia

18 NOV. 2019

720-5



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Tran. Roberto Roberto Lourenço 29
DEU ENTRADA EM 24/7/19 POR fratura de fêmur + tálus E
NO DI- 24/7/19 POR tratamento cirúrgico ORTOPEDIA E
osteom. de tálus + fêmur E SENDO
OPERADO PELO DR. Pedro E DR. Regina
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 25/7/19 ÀS 10h00 EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.
COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 8/8/19 ÀS 14h00 COM O
DR. Pedro

ORIENTAÇÕES GERAIS

- 1- NÃO USAR BANDEJA APÓS A 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.

18 NOV. 2019

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR POR ORIENTAÇÃO DO DR.

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PA 1964

25/7/19



EMERGÊNCIA
GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO AIRTON ROCHA
PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO



RECEITUÁRIO

NOME:

Iran Roberto Pereira Lourenço
Cláudio Medeiros

paciente encontra-se internado
no Hospital Geral de Roraima no
leito 120-5 desde o dia 24/06/19
com queixa de dor no lado
esquerdo. Neste momento
requerido procedimento cirúrgico.
Sem problemas no Bloco Operatório

Augusto Cavalcante
Médico
CRM-RR 1864

Residência
Atendimento
Realizado

DATA:

27/06/19

ASSINATURA E CARIMBO

Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121-0611

GOVERNO
DO POVO

18 NOV. 2019



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Pavan Roberto Pavan Laguna 29 ANOS
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 24/7/19
DIAGNOSTICO DE fratura de rádio e ulna E

NO DIA 24/7/19 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRURGICO ORTOPEDICO DE
osteomielite de rádio e ulna E SENDO

OPERADO PELO DR. Pavan E DR. Pavão

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 25/7/19 ÀS 14h00 EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 8/8/19 ÀS 14h00 COM O
DR. Pavan

ORIENTAÇÕES GERAIS

18 NOV. 2019

- 1- NÃO CUSAR 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.

25/7/19

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1464

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

NOME
 ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. MASSORAF
 114807 SSP RR

CPF
 383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
 07/04/1978

FILIAÇÃO
 JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
 ACE
 CAT/MAB
 AD

Nº REGISTRO
 01101912304

VALIDADE
 28/01/2020

HABILITAÇÃO
 15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
 30/01/2015

ASSINATURA DO EMISSOR
 ASSISLIND KLEBSCHEN PEREIRA
 DIRETOR PRESIDENTE

92485240616
 RR207968020

DETRAN - RR - BOA VISTA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 980151096

PROIBIDO PLASTIFICAR
 980151096

18 NOV. 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190642763 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA **Data do acidente:** 24/06/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO. (P37)
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Ivan Pacheco
NACIONALIDADE:	Venezuelano
PROFISSÃO:	Garçon
IDENTIDADE:	
ENDEREÇO:	R: Av: presidente Castelo Branco

OUTORGADO

NOME:	João Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114804
ENDEREÇO:	R: Antônio p. Galvão 1032

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 24/06/2019, cobertura Incendio, vítima: João Roberto Pacheco Lagura.

18 NOV. 2019

CARTÓRIO LOUREIRO

Boa Vista 31-07-19

LOCAL E DATA

Ivan Pacheco

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

CARTÓRIO LOUREIRO
 DR. JOZIEL LOUREIRO
 TABELÃO E REGISTRADOR
 AT: TEL: 3024-1111 - F: 3024-1111 - RR - TEL: (97) 3024-6097 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR

REC. VERDADEIRA da assinatura(s)
 (CPF: 114804) - IVAN ROBERTO PACHECO LAGURA

NPR Em testemunho M da verdade. Boa Vista, 31/07/2019
 Emol: 2,45, FUNDEJUR: 0,25, FISC: 0,10, FECON: 0,10, ISS: 0,10 Vir Selo: 1
 Selo: RECFIR158345QYMNRRW18UCWIN371
 Consulte seu selo: <https://cidadao.portalsefrr.com.br>
 CPF Solicitante: 71319179150

Marjory C. C. Esbell Briglia
 Escrevente Autorizada
 Cartório Loureiro

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0403575/19

Número do Sinistro: 3190642763

Vítima: IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA

CPF: 713.191.791-50

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 24/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA : 713.191.791-50

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/12/2019
Nome: ILOIR INACIO DE SOUZA
CPF: 383.051.512-04

ILOIR INACIO DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2019
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA
CPF: 432.858.722-68

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0403575/19

Vítima: IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA

CPF: 713.191.791-50

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 24/06/2019

Titular do CPF: IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA : 713.191.791-50

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/11/2019
Nome: IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA
CPF: 713.191.791-50

IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/11/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0403575/19

Número do Sinistro: 3190642763

Vítima: IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA

CPF: 713.191.791-50

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 24/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA : 713.191.791-50

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/12/2019
Nome: ILOIR INACIO DE SOUZA
CPF: 383.051.512-04

ILOIR INACIO DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2019
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA
CPF: 432.858.722-68

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190642763

Vítima: IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA

Data do Acidente: 24/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190642763 Vítima: IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA

Data do Acidente: 24/06/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

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, 04 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190642763

Vítima: IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA

Data do Acidente: 24/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 0000038385-5

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

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 ASL: _____ CPF da vítima: **413.191.791-50** Nome completo da vítima: **Ivan Roberto Pacheco Laguma**

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

Nome completo: **Ivan Roberto Pacheco Laguma** CPF: **413.191.791-50**

Profissão: **Garçon** Endereço: **Av. Presidente Castelo Branco** Número: **432** Complemento: _____

Bairro: **São Vicente** Cidade: **Boa Vista** Estado: **RR** CEP: _____

E-mail: **ILOIRRR@HOTMAIL.COM** Tel. (DDD): **93193154-4882**

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)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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: _____ 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: **Boa Vista - RR, 31/10/2019**

Nome: **Ivan Roberto Pacheco Laguma**

CPF: **413.191.791-50**

Assinatura de quem assina A ROGO

Ivan Pacheco

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.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

413.191.791-50

4 - Nome completo da vítima:

Ivan Roberto Pacheco Laguna

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

5 - Nome completo:

Ivan Roberto Pacheco Laguna

6 - CPF:

413.191.791-50

7 - Profissão:

Garçom

8 - Endereço:

Rua Presidente Castelo Branco

9 - Número:

482

10 - Complemento:

11 - Bairro:

São Vicente

12 - Cidade:

Boca Vista

13 - Estado:

PR

14 - CEP:

15 - E-mail:

liver@hotmail.com

16 - Tel. (DDD):

9999154-4282

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0663

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 38385

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no civil)

☐ Divorçado

☐ 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 (val nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

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, Boca Vista - PR, 13/12/2019

* Ivan Pacheco

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: 039866/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 12/11/2019 11:52 Data/Hora Fim: 12/11/2019 12:11
Origem: Polícia Judiciária Data: 12/11/2019
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 24/06/2019 11:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Das Guianas
Complemento: Cruzamento com a Avenida Ville Roy
Ponto de Referência: Semáforo
Tipo do Local: Via Pública

Bairro: Treze de Setembro

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA (VÍTIMA , COMUNICANTE , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Venezuelana Naturalidade: Puerto Cabello / Sexo: Masculino Nasc: 06/07/1989
Profissão: Garçon Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Ivan José Pacheco Nome do Pai: Aida Laguna

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 713.191.791-50

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Avenida Presidente Castelo Branco
Complemento: Casa
Bairro: São Vicente
Telefone: (95) 99162-8154 (Celular)

Nº: 482

18 NOV. 2019

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Veículo Adulterado? Não Quantidade 1 Unidade
Situação Meio Empregado

Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Proprietário, Possuidor



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 12/11/2019 12:11
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 039866/2019

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava de bicicleta pela Avenida da Guianas e ao dobrar para Avenida Ville Roy, um veículo que transitava no mesmo sentido e também convergiu para a Avenida Ville Roy lhe colidiu. Que sofreu lesões corporais e foi levado ao HGR pelo condutor do veículo ocasionador. Que não informar nenhuma característica identificadora do veículo ocasionador e nem de seu condutor. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.** É o registro.

ASSINATURAS

DAT

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia Civil
Mat: 04200/008

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000008
Responsável pelo Atendimento

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

Ivan Pacheco

Ivan Roberto Pacheco Laguna
(Envolvido / Vítima / Comunicante)

"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 der origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

18 NOV. 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: **413.191.791-50** Nome completo da vítima: **Ivan Roberto Pacheco Laguna**

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

Nome completo: **Ivan Roberto Pacheco Laguna** CPF: **413.191.791-50**

Profissão: **Garçon** Endereço: **Dr. Presidente Castelo Branco** Número: **432** Complemento: _____

Bairro: **São Vicente** Cidade: **Boa Vista** Estado: **RR** CEP: _____

E-mail: **ILOIRRR@HOTMAIL.COM** Tel. (DDD): **93/99154-482**

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

DADOS CADASTRAIS

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 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: _____ 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 - RR, 31/10/2019**

Nome: **Ivan Roberto Pacheco Laguna**

CPF: **413.191.791-50**

Assinatura de quem assina A ROGO

Ivan Pacheco

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.

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000038385-5

Nr. da Autenticação E645A89A440DA0D4



CNPJ: 45.939.877/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.955.426-0
RUA NELSON JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 69.390-410

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

Matrícula: 28703

Outubro/2019

Dados do Cliente:

EBELISE MARIA CHANCHAMIRE MONROV

Endereço para entrega:

AV. PRESIDENTE CASTELO BRANCO, NÚM. 482
- C - SÃO VICENTE BOA VISTA RR 69300-050

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.003.018.0105.000	7	220	1
Hidrômetro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
Y125655665	29/01/2019	LIGADO	FACTIVEL
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM DE DIAS
LEITURA FAT. 464	481	17	29
LEITURA INF.			
DT. LEITURA 11/09/2019	10/10/2019		

ULTIMOS CONSUMOS

201909	10-0
201908	15-0
201907	11-0
201906	2-0
201904	15-0
201903	22-0
MEDIA	14

Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Auditorias Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5448 / 2005 D.M					
APARELHAS	CLORO	TURBIDEZ	ODR	C.TOTALIS	E-COLI
EXIGIDAS	100	100	100	100	100
ANALISADAS	199	199	199	199	199
CONFORMES	199	199	199	199	199

DESCRICAÇÃO

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

17 M3 45,13

TAXA COBRANÇA DE DOCUMENTO 10/2019
MULTA P/IMPONTUALIDADE 08/2019

4,77
0,78

VENCIMENTO: 15/11/2019

TOTAL A PAGAR 50,68

AVISO: EM 30/09/2019 CONSTA DÉBITO SUJ. CORT. IGNORE CASO PAGO

PREVENIR E A MELHOR FORMA DE SE CUIDAR!
"OUTUBRO ROSA"



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
28703	10/2019	15/11/2019	50,68

82620000000- 6 50680004001- 2 00002870301- 5 10201970003- 2



18 NOV. 2019

IMPRESSO EM: 10/10/2019 07:23:19

Via do Cliente

Via da CAE