



RORAIMA ENERGIA
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA
VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4081991

JUVENAL ADRIANO DO NASCIMENTO NETOR. JOSE CARLOS PRAZERES, 1397 ,
UNIAO 69313782 BOA VISTA

RR

| CÓDIGO ÚNICO | MÊS | PERÍODO DE CONSUMO |
|---------------|------------------|------------------------------|
| 451398 | 11/2019 | 23-OCT-19 a 22-NOV-19 |
| CONSUMO (kWh) | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
| 423 | 01-DEC-19 | R\$ 363,47 |

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA
VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

| CÓDIGO ÚNICO | MÊS | TOTAL A PAGAR |
|---------------|----------------|-------------------|
| 451398 | 11/2019 | R\$ 363,47 |

836300000038.634700750009.000000000455.139811190053





RORAIMA ENERGIA
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA
VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 3299545

ANTONIO LOPES DA S FILHO

R. SD PM JACINTO J S SI, 359,
CARANA

69313572 BOA VISTA

RR

| | | |
|-------------------------------|--------------------------------|--|
| CÓDIGO ÚNICO 539180 | MÊS 07/2019 | PERÍODO DE CONSUMO 22-JUN-19 a 23-JUL-19 |
| CONSUMO (kWh) 498 | VENCIMENTO 10-AUG-19 | TOTAL A PAGAR R\$ 441,84 |

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA
VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO
539180

MÊS
07/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 441,84

836300000046.418400750000.000000000539.918007190054



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES** inscrito (a) no CPF nº 294.316.382-15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO** inscrito(a) no CPF sob o nº **016.607.552-39** do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da vítima **ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO** inscrito (a) no CPF sob nº **016.607.552-39**, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

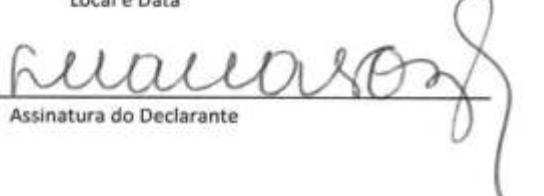
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

| | | | |
|---|-------------------------|--|-------------------|
| Endereço RUA SD.PM.JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA | | Número 359 | Complemento |
| Bairro CARANÁ | Cidade BOA VISTA | Estado RR | CEP 69.313-572 |
| Email luanna.souzza71@hotmail.com | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD) (095) 99116.8367 | |

Boa Vista-RR, 28/11/19

Local e Data


Assinatura do Declarante

Tie seien spuren der moto
der waren verursacht von einem (A)
Die Tiefe der Verformung war verschieden
die Tiefe ist abhängig von
der Intensität und der Brügung

Dr. Jonathas C. Lopez
Chavez Foundation
09997197307122

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

A-63

| | | | |
|------------------|--|------|----------------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | ON |
| PACIENTE | Jéssica Silvana da Nasci | | |
| AGNOSTIC | | | |
| ALERGAS | HAS | NEGA | DM2 |
| IDADE | LEITO | DATA | NEGA |
| ITEM | PREScriÇÃO | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | S/N |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | S/N |
| 3 | SI 0,8% 500ML EV SIN | | 26 12 13 24 07 |
| 4 | D'PIRONA 500MG EV 8/6H | | 26 14 22 |
| 5 | OM. PRAZOL 40MG EV 1X/DIA | | 26 07 |
| 6 | TRAMAD. 100MG + S/P 0,9% 100ML EV DE 8/6H SE DOR INTENSA | | S/N |
| 7 | NALBUPHINA 10 MG +100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM | | 26 14 22 |
| 8 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/6H | | 26 14 22 |
| 9 | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/6H SIN | | S/N |
| 10 | CLINDAMICINA 100MG EV 8/6H | | 26 14 22 |
| 11 | CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H | | 26 14 22 |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | CANTOPISEL 25 mg VO SE PAS > 180 E OU FAD > 110 MM/H | | 26 14 22 |
| 17 | SSVV - CGCG 8/6 H | | |
| 18 | CURATIVO DIÁRIO | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |

*Dr. Jardelton C. Lopes
Cirurgião-Dentista MEC
Centro de Odontologia da UFSC*

SE DIABETICO CORRECAO COM INSULINA REGULAR (SC) CON-CRM E ESQUIPO MAZ 200-250 U/L 251-300 4U/L 301-350 8U/L 351-400 16U/L OU SEU GLICOSOL < 70 mg/dL CIQUE SEU AG MÉS AVISAR PLANONÍSTIA.

Evolução médica:
PENSIÓN TETRAACIÉTILE DIFLUORADO NO LEITO. ATENDO, RITMICO, CONTACTUANTE.
EXAMES FÍSICO: BKG, ACIÁNTICO, ANGÚLERO, APERIL, FUPNEICO,
HORNIGOCRISTAL. HIDRATADO.

SOLICITAÇÕES / EXAMINADAS: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

REFLEXOS DE ALTA:

Bloco A

Bloco A

maco 63

CO: 10h
PA: 100° + 7°
FC: 87
T: 36,4°C

SINAIS VITAIS MEDICO RESIDENTE
 6 H TEP 36,8 FR 36,8 °C ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 12 H
 18 H
 24 H

63 (corre cor)

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

HGT



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: DIH DN

PACIENTE: ADRIÁ JULIANA DO NASCIMENTO

AGNÓSTICO: FX DE CLAVÍCULA E

ALÉRGIAS: HAS NEGA DM2 NEGA
DATA: 28/08/19

| IDADE: | LEITO: | PREScrição: | HORÁRIO: |
|--|--------|-------------|----------|
| 1. DIFTA ORAL LIVRE | | | |
| 2. ACESSO VENOSO PERIFLÁCICO | | | |
| 3. SF 0,9% 500ML EV A/6H | | | |
| 4. DIPRONA 50MG EV DE 6/8H | | | |
| 5. TITATIL 20MG EV DE 4/2/12/11 | | | |
| 6. TRAMAL 100MG + SFU 0,9% 100ML EV OU VO DE 6/8H SL-DOR INT | | | |
| 7. NALBUPRINA 10MG + 100ML SCL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM | | | |
| 8. OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIÁ | | | |
| 9. METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N | | | |
| 10. SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H S/N | | | |
| 11. TRAMAL 100MG VO DE 8/8H S/N | | | |
| 12. | | | |
| 13. | | | |
| 14. | | | |
| 15. | | | |
| 16. CAPTOPRIL 25mg VO SE HAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | | | |
| 17. SSVV + CGCG 6/6 H | | | |
| 18. CURATIVO DIÁRIO | | | |
| 19. | | | |
| 20. | | | |
| 21. | | | |
| 22. | | | |

SE DIABETICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (30), REFORMA ESQUEMA: 200U
250*2UI, 251-300: 4UI, 301-350: 5UI, 351-400: 6UI, 401-450: 7UI E OU GLICOSE > 100MMGL
GLICOSE 00% 10ML EV + AVISAR PLANONISTA

os itens 5 e 8

não realizados

por não ter na

área de terceira

EVOLUÇÃO MÉDICA:
EVOLUÇÃO PÓ-OPORTUNA: TÉTANO X0, FG, ALVO, REATIVO.
CONTINUAÇÃO: SEM OUFÍXIAS ALGUMAS.
EXAME: SÉRUM: BEM ACARÓTICO, ANIGLÉRICO, FEVEREIRO, FEVEREIRO.
TESTES: COAGULADA, COAGULOSUS, PRATICOS PRESERVADOS.
EM FAVOR DE URGÊNCIA.
EXAMENES:
CONTRAINDICAÇÕES:
INTERDICOSSÍCOS DE CIRURGIA
INTERDISPENSACÍVEL

064 = 140 / 61 / 70 = 63; T = 36,4

SINAIS VITAIS

| | | | |
|------|--------|----|--------|
| 6.H | PA | FC | Tempo |
| 12.H | 127/76 | 69 | 35,8°C |
| 18.H | 126/70 | 77 | 36,2°C |
| 24.H | 90/60 | 66 | 36,6°C |

Força de trabalho
de 100%
com 100% de
expansão

as 10:00 paciente comprou
uma canarinha realizável. Fazia o
AVP segue com queixas de
dor de sangue encaminhado
do os laboratórios. No clínico

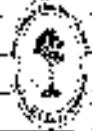
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRES



DATA DE ADMISSÃO 01/08/19 DN

PACIENTE ADRIANA JULIANA DO NASCIMENTO

AGNOSTI FX DE CLAVÍCULA E

| ALERGIAS | HAS | NEGA | IDM2 | NEGA: |
|----------|--|------|------|---------------|
| IDADE | LEITO | | DATA | 28/08/19 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | HORÁRIO |
| 1. | DIÉTA ORAL LIVRE | | | 14:00 / 21:00 |
| 2. | AÇFSSO VÍTOSO PFR SÍNCRICO | | | 14:00 / 21:00 |
| 3. | SE 0,9% 500ML EV 6/6H | | | 14:00 / 21:00 |
| 4. | DIFIRONA 500MG EV DF 6/6H | | | 14:00 / 21:00 |
| 5. | TIBATIL 20MG EV DF 12/12H | | | 14:00 / 21:00 |
| 6. | TRAMAL 300MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 6/8H SE DOR INTENSA | | | 14:00 / 21:00 |
| 7. | NALBUFÉNA 10MG + 100ML SOLO 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM | | | 14:00 / 21:00 |
| 8. | OMÉPRAZOL 40MG EV 1XDIÁ | | | 14:00 / 21:00 |
| 9. | METOCLOPRAMIDA 10MG EV B/BIN S/N | | | 14:00 / 21:00 |
| 10. | SIMETICONA GÓTAS 40 GOTAS VO DE 8/8H F S/N | | | 14:00 / 21:00 |
| 11. | TRAMAL 300MG VO DE 8/8H S/N | | | 14:00 / 21:00 |
| 12. | | | | |
| 13. | | | | |
| 14. | | | | |
| 15. | CHIOTOPRIL 25mg VO SL PAS X 160 E OU PAD X 110 MMHO | | | 14:00 / 21:00 |
| 16. | SSM + CCG 3x6H | | | 14:00 / 21:00 |
| 17. | CURATIVO DIÁRIO | | | 14:00 / 21:00 |
| 18. | | | | |
| 19. | | | | |
| 20. | | | | |
| 21. | SE DIABÉTICO CORRIGÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-200-200-250-250 (6,4U): 30 UMI BULUSM 1400 24H = 100 UI = 300 GLICOSSE 5MMOL/L | | | |
| | GLICOSSE 5MMOL/L 400ML EV + AVISAR PLANOTONISTA | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

DE RECENTE PATEENTE DE DIABETES MELITO ANTONIO HENRIQUE
CONTRACTANTE SEM QUERATINOSIS.
EXAMES: ECG, BEG, ALIMENTO CO, ANGIOGRÁFIA APENAS, CUPN-HCO,
NOR-GOLDSTEIN, UROGRAM, COM PÓLOS PERIFÉRICOS, PRATICADOS.
EM LECIONE TIPO A.

SOSCITALGO:

ESTADUAIS: NENHUMA
TRATAMENTO DE URGENCIA:
NENHUMA

SINAIS VITAIS:

| 6H | PA | FC | FR |
|--------|----|----|----|
| 120/70 | 70 | 80 | 22 |
| 18H | | | |
| 24H | | | |

DIAGNÓSTICO:
Osteoartrose clavícula e
osteofite acromial



03/09/19

05/06/2016

OK

Laudo Para Solicitação De A.I.H.

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE
INTERNAÇÃO HOSPITALARSistema
Único de
Saúde

D-3

Identificação do Estabelecimento de Saúde
NOME DO ESTABELECIMENTO MUNICIPAL
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR
NOME DO ESTABELECIMENTO ESTADUAL
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

BLOCO D

1901164148

2-0465
231885-3
2-0465
231885-38- VELUDIN LARIS
10175356

Identificação do Paciente
e nome do paciente

ADRIÀ JULIANA DO NASCIMENTO

NIT/CARTÃO NACIONAL DE SÉCUREZA SOCIAL

7026002016100933

NOME COMPLETO DO PACIENTE

MARIA FRANCISCA RIBEIRO DO NASCIMENTO

NOME DA CLASSE

ADRIÀ JULIANA DO NASCIMENTO

NIT/CARTÃO NACIONAL DE SÉCUREZA SOCIAL

RUA: JOSE CARLOS DOS PRAZERES - 1397 - UNIÃO

CID: MUNICÍPIO DE RÉGUA DE CIMA

BOA VISTA

24. PRESENÇA EM CLÍNIQUAS CLÍNICAS

25.

21. CONDIÇÕES QUE DÊM FONTE À INTERNAÇÃO

22. PRINCIPAIS HISTÓRIOS DE PRIMAS DIAGNÓSTICAS (EXCELENTES) DE EXAMES RELEVANTES

23. HISTÓRICO FINAL

24. IDADE

25. IDADE A SEGUNDO

26. IDADE A TERCERIA

27. IDADE A QUARTERIA

28. IDADE A QUINTERIA

29. IDADE A SEXTA

30. IDADE A SEXTA

31. IDADE A SEXTA

32. NOME DO PROFISSIONAL (CONSULTANTE) / ASSISTENTE

33. NOME DO PROFISSIONAL (CONSULTANTE) / ASSISTENTE

34. DATA DA SOLICITAÇÃO

35. IDADE A SEXTA

36. IDADE A SEXTA

37. IDADE A SEXTA

38. IDADE A SEXTA

39. IDADE A SEXTA

40. IDADE A SEXTA

41. IDADE A SEXTA

42. IDADE A SEXTA

43. IDADE A SEXTA

44. IDADE A SEXTA

45. IDADE A SEXTA

46. IDADE A SEXTA

47. IDADE A SEXTA

48. IDADE A SEXTA

49. IDADE A SEXTA

50. IDADE A SEXTA

51. IDADE A SEXTA

52. IDADE A SEXTA

53. IDADE A SEXTA

54. IDADE A SEXTA

55. IDADE A SEXTA

56. IDADE A SEXTA

57. IDADE A SEXTA

58. IDADE A SEXTA

59. IDADE A SEXTA

60. IDADE A SEXTA

61. IDADE A SEXTA

62. IDADE A SEXTA

63. IDADE A SEXTA

64. IDADE A SEXTA

65. IDADE A SEXTA

66. IDADE A SEXTA

67. IDADE A SEXTA

68. IDADE A SEXTA

69. IDADE A SEXTA

70. IDADE A SEXTA

71. IDADE A SEXTA

72. IDADE A SEXTA

73. IDADE A SEXTA

74. IDADE A SEXTA

75. IDADE A SEXTA

76. IDADE A SEXTA

77. IDADE A SEXTA

78. IDADE A SEXTA

79. IDADE A SEXTA

80. IDADE A SEXTA

81. IDADE A SEXTA

82. IDADE A SEXTA

83. IDADE A SEXTA

84. IDADE A SEXTA

85. IDADE A SEXTA

86. IDADE A SEXTA

87. IDADE A SEXTA

88. IDADE A SEXTA

89. IDADE A SEXTA

90. IDADE A SEXTA

91. IDADE A SEXTA

92. IDADE A SEXTA

93. IDADE A SEXTA

94. IDADE A SEXTA

95. IDADE A SEXTA

96. IDADE A SEXTA

97. IDADE A SEXTA

98. IDADE A SEXTA

99. IDADE A SEXTA

100. IDADE A SEXTA

101. IDADE A SEXTA

102. IDADE A SEXTA

103. IDADE A SEXTA

104. IDADE A SEXTA

105. IDADE A SEXTA

106. IDADE A SEXTA

107. IDADE A SEXTA

108. IDADE A SEXTA

109. IDADE A SEXTA

110. IDADE A SEXTA

111. IDADE A SEXTA

112. IDADE A SEXTA

113. IDADE A SEXTA

114. IDADE A SEXTA

115. IDADE A SEXTA

116. IDADE A SEXTA

117. IDADE A SEXTA

118. IDADE A SEXTA

119. IDADE A SEXTA

120. IDADE A SEXTA

121. IDADE A SEXTA

122. IDADE A SEXTA

123. IDADE A SEXTA

124. IDADE A SEXTA

125. IDADE A SEXTA

126. IDADE A SEXTA

127. IDADE A SEXTA

128. IDADE A SEXTA

129. IDADE A SEXTA

130. IDADE A SEXTA

131. IDADE A SEXTA

132. IDADE A SEXTA

133. IDADE A SEXTA

134. IDADE A SEXTA

135. IDADE A SEXTA

136. IDADE A SEXTA

137. IDADE A SEXTA

138. IDADE A SEXTA

139. IDADE A SEXTA

140. IDADE A SEXTA

141. IDADE A SEXTA

142. IDADE A SEXTA

143. IDADE A SEXTA

144. IDADE A SEXTA

145. IDADE A SEXTA

146. IDADE A SEXTA

147. IDADE A SEXTA

148. IDADE A SEXTA

149. IDADE A SEXTA

150. IDADE A SEXTA

151. IDADE A SEXTA

152. IDADE A SEXTA

153. IDADE A SEXTA

154. IDADE A SEXTA

155. IDADE A SEXTA

156. IDADE A SEXTA

157. IDADE A SEXTA

158. IDADE A SEXTA

159. IDADE A SEXTA

160. IDADE A SEXTA

161. IDADE A SEXTA

162. IDADE A SEXTA

163. IDADE A SEXTA

164. IDADE A SEXTA

165. IDADE A SEXTA

166. IDADE A SEXTA

167. IDADE A SEXTA

168. IDADE A SEXTA

169. IDADE A SEXTA

170. IDADE A SEXTA

171. IDADE A SEXTA

172. IDADE A SEXTA

173. IDADE A SEXTA

174. IDADE A SEXTA

175. IDADE A SEXTA

176. IDADE A SEXTA

177. IDADE A SEXTA

178. IDADE A SEXTA

179. IDADE A SEXTA

180. IDADE A SEXTA

181. IDADE A SEXTA

182. IDADE A SEXTA

183. IDADE A SEXTA

184. IDADE A SEXTA

185. IDADE A SEXTA

186. IDADE A SEXTA

187. IDADE A SEXTA

188. IDADE A SEXTA

189. IDADE A SEXTA

190. IDADE A SEXTA

191. IDADE A SEXTA

192. IDADE A SEXTA

193. IDADE A SEXTA

194. IDADE A SEXTA

195. IDADE A SEXTA

196. IDADE A SEXTA

197. IDADE A SEXTA

198. IDADE A SEXTA

199. IDADE A SEXTA

200. IDADE A SEXTA

201. IDADE A SEXTA

202. IDADE A SEXTA

203. IDADE A SEXTA

204. IDADE A SEXTA

205. IDADE A SEXTA

206. IDADE A SEXTA

207. IDADE A SEXTA

208. IDADE A SEXTA

209. IDADE A SEXTA

210. IDADE A SEXTA

211. IDADE A SEXTA

212. IDADE A SEXTA

213. IDADE A SEXTA

214. IDADE A SEXTA

215. IDADE A SEXTA

216. IDADE A SEXTA

217. IDADE A SEXTA

218. IDADE A SEXTA

219. IDADE A SEXTA

220. IDADE A SEXTA

221. IDADE A SEXTA

222. IDADE A SEXTA

223. IDADE A SEXTA

224. IDADE A SEXTA

225. IDADE A SEXTA

226. IDADE A SEXTA

227. IDADE A SEXTA

228. IDADE A SEXTA

229. IDADE A SEXTA

230. IDADE A SEXTA

231. IDADE A SEXTA

232. IDADE A SEXTA

233. IDADE A SEXTA

234. IDADE A SEXTA

235. IDADE A SEXTA

236. IDADE A SEXTA

237. IDADE A SEXTA

238. IDADE A SEXTA

239. IDADE A SEXTA

240. IDADE A SEXTA

241. IDADE A SEXTA

242. IDADE A SEXTA

243. IDADE A SEXTA

244. IDADE A SEXTA

245. IDADE A SEXTA

246. IDADE A SEXTA

247. IDADE A SEXTA

248. IDADE A SEXTA

249. IDADE A SEXTA

250. IDADE A SEXTA

251. IDADE A SEXTA

252. IDADE A SEXTA

253. IDADE A SEXTA

254. IDADE A SEXTA

255. IDADE A SEXTA

256. IDADE A SEXTA

257. IDADE A SEXTA

258. IDADE A SEXTA

259. IDADE A SEXTA

260. IDADE A SEXTA

261. IDADE A SEXTA

262. IDADE A SEXTA

263. IDADE A SEXTA

264. IDADE A SEXTA

265. IDADE A SEXTA

266. IDADE A SEXTA

267. IDADE A SEXTA

268. IDADE A SEXTA

269. IDADE A SEXTA

270. IDADE A SEXTA

271. IDADE A SEXTA

272. IDADE A SEXTA

273. IDADE A SEXTA

274. IDADE A SEXTA

275. IDADE A SEXTA

276. IDADE A SEXTA

277. IDADE A SEXTA

278. IDADE A SEXTA

279. IDADE A SEXTA

280. IDADE A SEXTA

281. IDADE A SEXTA

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

| | | | |
|------------------|--|--------|------------|
| DATA DE ADMISSÃO | DIH | DN | |
| PACIENTE | ADRIANA JUSSANA DO NASCIMENTO | | |
| DIAGNÓSTICO | FX CLAVICULA E | | |
| ALÉRGIAS | 11AS | DM2 | |
| POADE | LEITO | MACA 3 | |
| TICM. | DATA | | 04/09/2019 |
| | HORÁRIO | | |
| 1 | CINTA ORAL LIVRE | | |
| 2 | AVP | | |
| 3 | | | |
| 4 | TINOXICAN 400MG 1 X AO DIA 5/N | | |
| 5 | DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODL S/EN SIN | | |
| 6 | OMOPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA | | |
| 7 | PLASIL 10MG LV B/8H SIN | | |
| 8 | IRAMYL 300MG - 8% 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 5ML SI DOR INT | | |
| 9 | ISIMLITICONA 100UG 10 OROS V.O 8/8 HRS SIN | | |
| 10 | CAPTOPRIL 25 MG VO SE PES > 160 EV OU PAP > 110 MMHG | | |
| 11 | CURATIVO DIÁRIO | | |
| 12 | SSVW + COBRE 8/8H | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | SI: DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESCHEMA: 200-250: 2UI 261-300: 4UI, 301-350: 6UI; 351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DM/ML GLICOSE 60% 40 MF EV - AVISAR PLANTONISTA | | |

Evolução médica:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, NERVOU, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM

PL.

ALTERAÇÕES

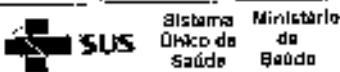
EXAME FÍSICO: BFG: 10/10, ACANÓTICO, ANICTERICO,
AFEBRIL, LIPOFÍLICO, NORMOCORRADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUTA: MANTIDA

| SINAIS VITAIS | 6 H | PA | FC | FR |
|---------------|-----|----|----|----|
| | - | - | - | - |
| | - | - | - | - |
| | - | - | - | - |

Dr. Marcos Arruda
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-RJ 1975

Secundário alto C/ frigidez malha cervical
 pelo NLR



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde
- NOME DO ESTABELECIMENTO: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR.
- NOME DO SETOR DE ATENDIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR.

1 - UNES
231985-9
2 - CNES
231965-9

Identificação do Paciente
- NOME DO PACIENTE:

ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO

3 - CNP. DO PACIENTE
001753346

- 7 - CANTÃO MATERNAL DE SAÚDE (CRM):

TO2500391610933

- 8 - NOME JÁ TÍPICO:

MARIA FRANCISCA RIBEIRO DO NASCIMENTO

- 9 - NOME DIFERENCIADO:

ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO

- 10 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO):

RUA: JOSÉ CARLOS DOS PRAZERES - 1397 - - UNIÃO

- 11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

BOA VISTA

11 - DATA DE NASCIMENTO:

08/05/1990

12 - Gênero:

3 - Feminino

13 - RAÇA:

14 - COR/ETNIA:

15 - TELEFONE:

(65) 99130-0970

16 - CELULAR:

(65) 99130-0970

17 - COD. SEPF: MUNIC. BOA VISTA

18 - CEP:

140010

19 - RR:

08.313-782

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- 20 - PRINCIPAIS SINTOMAS CLÍNICOS:

1 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

2 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROCEDIMENTOS CLÍNICOS (EXAMES REALIZADOS):

3 - EXAMINADOR:

4 - DATA DE EXAME:

5 - LUGAR DE EXAME:

6 - PROFISSÃO:

7 - TITULOS PROFISSIONAIS:

8 - TITULOS ACADÉMICOS:

9 - TITULOS DE PESQUISA:

10 - TITULOS DE EXTENSÃO:

11 - TITULOS DE PESQUISA:

12 - TITULOS DE EXTENSÃO:

13 - TITULOS DE PESQUISA:

14 - TITULOS DE EXTENSÃO:

15 - TITULOS DE PESQUISA:

16 - TITULOS DE EXTENSÃO:

17 - TITULOS DE PESQUISA:

18 - TITULOS DE EXTENSÃO:

19 - TITULOS DE PESQUISA:

20 - TITULOS DE EXTENSÃO:

21 - TITULOS DE PESQUISA:

22 - TITULOS DE EXTENSÃO:

23 - TITULOS DE PESQUISA:

24 - TITULOS DE EXTENSÃO:

25 - TITULOS DE PESQUISA:

26 - TITULOS DE EXTENSÃO:

27 - TITULOS DE PESQUISA:

28 - TITULOS DE EXTENSÃO:

29 - TITULOS DE PESQUISA:

30 - TITULOS DE EXTENSÃO:

31 - TITULOS DE PESQUISA:

32 - TITULOS DE EXTENSÃO:

33 - TITULOS DE PESQUISA:

34 - TITULOS DE EXTENSÃO:

35 - TITULOS DE PESQUISA:

36 - TITULOS DE EXTENSÃO:

37 - TITULOS DE PESQUISA:

38 - TITULOS DE EXTENSÃO:

39 - TITULOS DE PESQUISA:

40 - TITULOS DE EXTENSÃO:

41 - TITULOS DE PESQUISA:

42 - TITULOS DE EXTENSÃO:

43 - TITULOS DE PESQUISA:

44 - TITULOS DE EXTENSÃO:

45 - TITULOS DE PESQUISA:

46 - TITULOS DE EXTENSÃO:

47 - TITULOS DE PESQUISA:

48 - TITULOS DE EXTENSÃO:

49 - TITULOS DE PESQUISA:

50 - TITULOS DE EXTENSÃO:

51 - TITULOS DE PESQUISA:

52 - TITULOS DE EXTENSÃO:

53 - TITULOS DE PESQUISA:

54 - TITULOS DE EXTENSÃO:

55 - TITULOS DE PESQUISA:

56 - TITULOS DE EXTENSÃO:

57 - TITULOS DE PESQUISA:

58 - TITULOS DE EXTENSÃO:

59 - TITULOS DE PESQUISA:

60 - TITULOS DE EXTENSÃO:

61 - TITULOS DE PESQUISA:

62 - TITULOS DE EXTENSÃO:

63 - TITULOS DE PESQUISA:

64 - TITULOS DE EXTENSÃO:

65 - TITULOS DE PESQUISA:

66 - TITULOS DE EXTENSÃO:

67 - TITULOS DE PESQUISA:

68 - TITULOS DE EXTENSÃO:

69 - TITULOS DE PESQUISA:

70 - TITULOS DE EXTENSÃO:

71 - TITULOS DE PESQUISA:

72 - TITULOS DE EXTENSÃO:

73 - TITULOS DE PESQUISA:

74 - TITULOS DE EXTENSÃO:

75 - TITULOS DE PESQUISA:

76 - TITULOS DE EXTENSÃO:

77 - TITULOS DE PESQUISA:

78 - TITULOS DE EXTENSÃO:

79 - TITULOS DE PESQUISA:

80 - TITULOS DE EXTENSÃO:

81 - TITULOS DE PESQUISA:

82 - TITULOS DE EXTENSÃO:

83 - TITULOS DE PESQUISA:

84 - TITULOS DE EXTENSÃO:

85 - TITULOS DE PESQUISA:

86 - TITULOS DE EXTENSÃO:

87 - TITULOS DE PESQUISA:

88 - TITULOS DE EXTENSÃO:

89 - TITULOS DE PESQUISA:

90 - TITULOS DE EXTENSÃO:

91 - TITULOS DE PESQUISA:

92 - TITULOS DE EXTENSÃO:

93 - TITULOS DE PESQUISA:

94 - TITULOS DE EXTENSÃO:

95 - TITULOS DE PESQUISA:

96 - TITULOS DE EXTENSÃO:

97 - TITULOS DE PESQUISA:

98 - TITULOS DE EXTENSÃO:

99 - TITULOS DE PESQUISA:

100 - TITULOS DE EXTENSÃO:

101 - TITULOS DE PESQUISA:

102 - TITULOS DE EXTENSÃO:

103 - TITULOS DE PESQUISA:

104 - TITULOS DE EXTENSÃO:

105 - TITULOS DE PESQUISA:

106 - TITULOS DE EXTENSÃO:

107 - TITULOS DE PESQUISA:

108 - TITULOS DE EXTENSÃO:

109 - TITULOS DE PESQUISA:

110 - TITULOS DE EXTENSÃO:

111 - TITULOS DE PESQUISA:

112 - TITULOS DE EXTENSÃO:

113 - TITULOS DE PESQUISA:

114 - TITULOS DE EXTENSÃO:

115 - TITULOS DE PESQUISA:

116 - TITULOS DE EXTENSÃO:

117 - TITULOS DE PESQUISA:

118 - TITULOS DE EXTENSÃO:

119 - TITULOS DE PESQUISA:

120 - TITULOS DE EXTENSÃO:

121 - TITULOS DE PESQUISA:

122 - TITULOS DE EXTENSÃO:

123 - TITULOS DE PESQUISA:

124 - TITULOS DE EXTENSÃO:

125 - TITULOS DE PESQUISA:

126 - TITULOS DE EXTENSÃO:

127 - TITULOS DE PESQUISA:

128 - TITULOS DE EXTENSÃO:

129 - TITULOS DE PESQUISA:

130 - TITULOS DE EXTENSÃO:

131 - TITULOS DE PESQUISA:

132 - TITULOS DE EXTENSÃO:

133 - TITULOS DE PESQUISA:

134 - TITULOS DE EXTENSÃO:

135 - TITULOS DE PESQUISA:

136 - TITULOS DE EXTENSÃO:

137 - TITULOS DE PESQUISA:

138 - TITULOS DE EXTENSÃO:

139 - TITULOS DE PESQUISA:

140 - TITULOS DE EXTENSÃO:

141 - TITULOS DE PESQUISA:

142 - TITULOS DE EXTENSÃO:

143 - TITULOS DE PESQUISA:

144 - TITULOS DE EXTENSÃO:

145 - TITULOS DE PESQUISA:

146 - TITULOS DE EXTENSÃO:

147 - TITULOS DE PESQUISA:

148 - TITULOS DE EXTENSÃO:

149 - TITULOS DE PESQUISA:

150 - TITULOS DE EXTENSÃO:

151 - TITULOS DE PESQUISA:

152 - TITULOS DE EXTENSÃO:

153 - TITULOS DE PESQUISA:

154 - TITULOS DE EXTENSÃO:

155 - TITULOS DE PESQUISA:

156 - TITULOS DE EXTENSÃO:

157 - TITULOS DE PESQUISA:

158 - TITULOS DE EXTENSÃO:

159 - TITULOS DE PESQUISA:

160 - TITULOS DE EXTENSÃO:

161 - TITULOS DE PESQUISA:

162 - TITULOS DE EXTENSÃO:

163 - TITULOS DE PESQUISA:

164 - TITULOS DE EXTENSÃO:

165 - TITULOS DE PESQUISA:

166 - TITULOS DE EXTENSÃO:

167 - TITULOS DE PESQUISA:

168 - TITULOS DE EXTENSÃO:

169 - TITULOS DE PESQUISA:

170 - TITULOS DE EXTENSÃO:

171 - TITULOS DE PESQUISA:

172 - TITULOS DE EXTENSÃO:

173 - TITULOS DE PESQUISA:

174 - TITULOS DE EXTENSÃO:

175 - TITULOS DE PESQUISA:

176 - TITULOS DE EXTENSÃO:

177 - TITULOS DE PESQUISA:

178 - TITULOS DE EXTENSÃO:

179 - TITULOS DE PESQUISA:

180 - TITULOS DE EXTENSÃO:

181 - TITULOS DE PESQUISA:

182 - TITULOS DE EXTENSÃO:

183 - TITULOS DE PESQUISA:

184 - TITULOS DE EXTENSÃO:

185 - TITULOS DE PESQUISA:

186 - TITULOS DE EXTENSÃO:

187 - TITULOS DE PESQUISA:

188 - TITULOS DE EXTENSÃO:

189 - TITULOS DE PESQUISA:

190 - TITULOS DE EXTENSÃO:

191 - TITULOS DE PESQUISA:

192 - TITULOS DE EXTENSÃO:

193 - TITULOS DE PESQUISA:

194 - TITULOS DE EXTENSÃO:

195 - TITULOS DE PESQUISA:

196 - TITULOS DE EXTENSÃO:

197 - TITULOS DE PESQUISA:

198 - TITULOS DE EXTENSÃO:

199 - TITULOS DE PESQUISA:

200 - TITULOS DE EXTENSÃO:

201 - TITULOS DE PESQUISA:

202 - TITULOS DE EXTENSÃO:

203 - TITULOS DE PESQUISA:

204 - TITULOS DE EXTENSÃO:

205 - TITULOS DE PESQUISA:

206 - TITULOS DE EXTENSÃO:

207 - TITULOS DE PESQUISA:

208 - TITULOS DE EXTENSÃO:

209 - TITULOS DE PESQUISA:

210 - TIT



COLABORADOR
Data: 13.09.15

Adm. júlio n° 10
Encerramento

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

LOCAÇÃO TERAPEUTICA:

PO DE INTERVENÇÃO:

MUDANÇA E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIAO:

P. AUXILIAR:

P. AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

HISTÓRICO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Agente em D.D.H sob anestesia
- ② Sopro e Antiregride
- ③ Colocadas as lampas esterilizadas
- ④ Menos artérias + drenagem via placa longa
- ⑤ Descolagem das faces da fratura
- ⑥ Reduziu fratura + fixada com fio de Vicryl 3.0 pós 3 enxadas de hibitane e de mafex + L.M.C.
- ⑦ Fim da operação
- ⑧ Chutadas RPA



Hfj mão radiante

PRÉ-ANESTÉSICO

dia 8

08.08.1983

| | | | | | | | | | |
|-----------------|--|--------------|--------|-------------|-----------------|------|------------|---------|-------------|
| Name | Adriano Júnior do Nascimento | Age | 30 | Sex | Male | Size | 162 cm | Weight | 61 kg |
| Sexo | Homem | Altura | 162 cm | Idade | 30 | Data | 08.08.1983 | Horário | 16:00 |
| Doenças | Fibrose cística | Esquerda | 1108 | Período | pequeno da vida | Peso | 61 kg | União | semelhantes |
| Exames: | Colostomia de ileostomia | Local | | | | | | | |
| Audi. Artic. | Normal | Visão | ótima | | | | | | |
| Menstr. | menstrual | | | | | | | | |
| Nomex | SL | Função | PC | | | | | | |
| Doenças: | (Dermatose, foliculite, hidradenite, hirsutismo, hidroco | | | | | | | | |
| | degitos, osteopatia, etc.) | | | | | | | | |
| | compressa, etc.) | | | | | | | | |
| Intercalament. | 100% | Medicamentos | | | | | | | |
| Proteção: | baixa mobilidade | Vitamínas | | | | | | | |
| TOC | | | | | | | | | |
| etc. | | | | | | | | | |
| Antropometria | | | | | | | | | |
| Exames: | ECG, Rátona, urinário | | | | | | | | |
| Primer. Clínico | | | | | | | | | |
| PA | 120/80 | P.I. | 8.4 | Température | | | | | |

| Medicamento | Fora | 0000 | 0000 | 0000 |
|-------------|------|------|------|------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Sangue: Hb: 9.4 g/dl Hct: 34.1% Hc: 13.86

HbA1C: 10% HbA1C: 10% HbA1C: 10%

Urea: 202 mg/dl urea: 80 mg/dl

Cr: 0.85 Cr: 0.85 Cr: 0.85

Cl: 100 Cl: 100 Cl: 100

CO2: 25 CO2: 25 CO2: 25

Urina: pH: 7.0 pH: 7.0 pH: 7.0

SG: 1.020 SG: 1.020 SG: 1.020

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE Antônia Juliana do Nascimento APT OU LUTO Nº DO PRONTUÁRIO 13 DATA 10/9/19
CIRURGIA

| TIPO | INÍCIO | FIM | TEMPO DE DURAÇÃO | |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------|------------------|---------------------|
| | | | TEMPO TOTAL | |
| <u>Qtd. de Fraturas Fixadas e</u> | <u>34:38</u> | <u>15:40</u> | | |
| <u>CIRURGIÃO</u> | <u>Dra. Edilene</u> | | | |
| <u>Dra. Dalton</u> | <u>Dra. Edilene</u> | | | |
| <u>Dra. Auxiliar</u> | <u>Dra. Marcella (E)</u> | | | |
| <u>Dra. Auxiliar</u> | <u>Dra. Pablo E</u> | | | |
| <u>TIPO DE ANESTESIA:</u> | <u>GAZOL</u> | | | |
| <u>QUANT.</u> | <u>MATERIAIS</u> | <u>VALOR</u> | <u>QUANT</u> | <u>MEDICAMENTOS</u> |

| | | | | |
|-----------------------------------|--|--|--|-------------------------------------|
| <u>PC'S COMPRESSAS C/01 UNID.</u> | | | | <u>FRASCOS- SORO FISIOTÔMICO</u> |
| <u>PAQUETES GAZE</u> | | | | <u>FRASCOS- SORO RINGER TACIADO</u> |
| <u>LUVA ESTÉRIL 7.0</u> | | | | <u>FRASCOS- SORO GLICOSADO</u> |
| <u>LUVA ESTÉRIL 7.5</u> | | | | <u>FIO VICRYL N° 21 C</u> |
| <u>LUVA ESTÉRIL 8.0</u> | | | | <u>FIO MONONYLON N° 31 C</u> |
| <u>LUVA ESTÉRIL 8.5</u> | | | | <u>FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°</u> |
| <u>LOUVAS P/ PROCEDIMENTOS</u> | | | | <u>FIO ALGODÃO COM AGULHA N°</u> |
| <u>TAMINA BISTURI N° 24</u> | | | | <u>FIO CATGUT SIMPLES N°</u> |
| <u>DRINO DE SUÇÃO N°</u> | | | | <u>FIO CATGUT CROMADO N°</u> |
| <u>DRINO DE TORAX N°</u> | | | | <u>FIO PROLENE N°</u> |
| <u>DRINO DE PENROSE N°</u> | | | | <u>FIO SEDA N°</u> |
| <u>SERINGA 01ML</u> | | | | <u>STERIGEL</u> |
| <u>SERINGA 03ML</u> | | | | <u>CTRA IV OSSO</u> |
| <u>SERINGA 05 ML</u> | | | | <u>KIT CATARATA N°</u> |
| <u>SERINGA 10ML</u> | | | | <u>GEOFOAM</u> |
| <u>SERINGA 20ML</u> | | | | <u>HITA CARDIACÀ</u> |
| <u>Outros</u> | | | | <u>OUTROS: fovidine + tópico</u> |
| <u>extubar a los</u> | | | | <u>Alecrim + 100ml</u> |

| MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA VISTO DOS RESPONSÁVEIS | DEBITAR NA C.C DO PACIENTE | VALOR |
|--|----------------------------|------------------------------|
| <u>INSTRUMENTADOR (A) ENFERMEIRA CLÍNICA</u> <u>Rebeca</u> | | |
| <u>FUNCIONÁRIO/CALCULOS</u> | <u>CIRCULANTE DE SALA</u> | |
| | | <u>MATERIAL MEDICAMENTOS</u> |
| | | <u>TAXA DE SALA</u> |
| | | <u>TAXA DE ANESTESIA</u> |
| | | <u>SUB-TOTAL</u> |
| | | <u>DOMA</u> |

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE



ESPAÇO DE RORAIMA
CONSELHO ESTADUAL DE CULTURA
CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CULTURAIS

| | | | | | |
|-----------------------|--------------------------------------|-----------------|-----------------|-------------------------|----------------------------------|
| Etablissement: | HOSPITAL GERAL DO RORAIMA | Especie Doença: | <u>Osteóite</u> | Procedimento Realizado: | <u>Op. de Extração clavícula</u> |
| Nome do Paciente: | <u>Adriana Juliana do Nascimento</u> | | Sexo: | <u>Mulher</u> | Na ceia: |
| Brasão: | <u>fernanda</u> | Idade: | <u>21</u> | Procedente de: | <u>Bandeirantes</u> |
| Data: <u>13/09/19</u> | | | | | |

COVRES/ENTRUMAMENTOS/ UTILIZAÇÕES NO PROCEDIMENTO.

Requis dos materiais/Serviços

Hospital Geral de Barreirinha () Empresa () Dados Adicionais:

| ITEM | DESCRICAÇÃO DO ITEM | UNID. | QUANT. | MARCA |
|------|---------------------|-------|--------|-------|
| 1 | Fio 9,0 Kickner | 1 | 1 | |
| 2 | Fio 9,5 kickner | 1 | 1 | |

MÉTICO CIRUGIÃO de Dalton — 12 AUXILIAR

INSTRUÇÕES ADICIONAIS

IS THE PRACTITIONER'S JOB ENDS?

2023M07074

Anglo Canadian Trust Co.
500 University Street, Seattle, Wash., Agent
for the City of Seattle, Seattle, Wash.

Nome:

Pedro Luiz da Mota

CENTRO CIRÚRGICO/SRPAs

Data de Nasc.: 09/05/1995 Idade: 26 Setor/Leito: 302-7

Data: 13/09/19

Termo de Consentimento Cirúrgico: () Sim () Não

Termo de Consentimento Anestésico: () Sim () Não

Síntese Proposta:
Ressecção de Vascular

SRPA

Anest.

Intraop.

Sinais Vitais

AC

PM

SpO2

Alveo-

DUR

Orix

Hemato-

Curativo

2. Curativo

3. Dreno

4. Adesivo

Veludo

5. Outros:

01:30 h

02:30 h

03:30 h

04:30 h

05:30 h

06:30 h

07:30 h

08:30 h

09:30 h

10:30 h

11:30 h

12:30 h

13:30 h

14:30 h

15:30 h

16:30 h

17:30 h

18:30 h

19:30 h

20:30 h

21:30 h

22:30 h

23:30 h

00:30 h

01:30 h

02:30 h

03:30 h

04:30 h

05:30 h

06:30 h

07:30 h

08:30 h

09:30 h

10:30 h

11:30 h

12:30 h

13:30 h

14:30 h

15:30 h

16:30 h

17:30 h

18:30 h

19:30 h

20:30 h

21:30 h

22:30 h

23:30 h

00:30 h

01:30 h

02:30 h

03:30 h

04:30 h

05:30 h

06:30 h

07:30 h

08:30 h

09:30 h

10:30 h

11:30 h

12:30 h

13:30 h

14:30 h

15:30 h

16:30 h

17:30 h

18:30 h

19:30 h

20:30 h

21:30 h

22:30 h

23:30 h

00:30 h

01:30 h

02:30 h

03:30 h

04:30 h

05:30 h

06:30 h

07:30 h

08:30 h

09:30 h

10:30 h

11:30 h

12:30 h

13:30 h

14:30 h

15:30 h

16:30 h

17:30 h

18:30 h

19:30 h

20:30 h

21:30 h

22:30 h

23:30 h

00:30 h

01:30 h

02:30 h

03:30 h

04:30 h

05:30 h

06:30 h

07:30 h

08:30 h

09:30 h

10:30 h

11:30 h

12:30 h

13:30 h

14:30 h

15:30 h

16:30 h

17:30 h

18:30 h

19:30 h

20:30 h

21:30 h

22:30 h

23:30 h

00:30 h

01:30 h

02:30 h

03:30 h

04:30 h

05:30 h

06:30 h

07:30 h

08:30 h

09:30 h

10:30 h

11:30 h

12:30 h

13:30 h

14:30 h

15:30 h

16:30 h

17:30 h

18:30 h

19:30 h

20:30 h

21:30 h

22:30 h

23:30 h

00:30 h

01:30 h

02:30 h

03:30 h

04:30 h

05:30 h

06:30 h

07:30 h

08:30 h

09:30 h

10:30 h

11:30 h

12:30 h

13:30 h

14:30 h

15:30 h

16:30 h

17:30 h

18:30 h

19:30 h

20:30 h

21:30 h

22:30 h

23:30 h

00:30 h

01:30 h

02:30 h

03:30 h

04:30 h

05:30 h

06:30 h

07:30 h

08:30 h

09:30 h

10:30 h

11:30 h

12:30 h

13:30 h

14:30 h

15:30 h

16:30 h

17:30 h

18:30 h

19:30 h

20:30 h

21:30 h

22:30 h

23:30 h

00:30 h

01:30 h

02:30 h

03:30 h

04:30 h

05:30 h

06:30 h

07:30 h

08:30 h

09:30 h

10:30 h

11:30 h

12:30 h

13:30 h

14:30 h

15:30 h

16:30 h

17:30 h

18:30 h

19:30 h

20:30 h

21:30 h

22:30 h

23:30 h

00:30 h

01:30 h

02:30 h

03:30 h

04:30 h

05:30 h

06:30 h

07:30 h

08:30 h

09:30 h

10:30 h

11:30 h

12:30 h

13:30 h

14:30 h

15:30 h

16:30 h

17:30 h

18:30 h

19:30 h

20:30 h

21:30 h

22:30 h

23:30 h

00:30 h

01:30 h

02:30 h

03:30 h

04:30 h

05:30 h

06:30 h

07:30 h

08:30 h

09:30 h

10:30 h

11:30 h

12:30 h

13:30 h

14:30 h

15:30 h

16:30 h

17:30 h

18:30 h

19:30 h

20:30 h

21:30 h

22:30 h

23:30 h

00:30 h

01:30 h

02:30 h

03:30 h

04:30 h

05:30 h

06:30 h

07:30 h

08:30 h

09:30 h

10:30 h

11:30 h

12:30 h

13:30 h

14:30 h

15:30 h

16:30 h

17:30 h

18:30 h

19:30 h

20:30 h

21:30 h

22:30 h

23:30 h</



Gesamtausgabe Riemann

PRESCRIÇÃO DIÁRIA



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

HGR



302-7

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO DIH DN
PACIENTE ADRIANA JULIANA DO NASCIMENTO

AGNÓSTICO CLAVICULA E

| ALÉRGIAS | HAS | NEGA | DM2 | NEGA |
|----------|---|-------|------|--------------|
| IDADE | LEITO | 302-7 | DATA | 13/09/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | S/UT |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | MANTER |
| 3 | SF 0,9% 500ML EV S/N | | | S/N |
| 4 | DIPIRONA 500MG EV 8/8H S/N | | | S/N |
| 5 | | | | S/UT |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN | | | S/N |
| 7 | NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM | | | S/N |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA | | | OF |
| 9 | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N | | | S/N |
| 10 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h | | | QAN 331 OF |
| 11 | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H | | | 13 187 94 OF |
| 12 | | | | QAN 331 OF |
| 13 | | | | QAN 331 OF |
| 14 | | | | do 6/6h |
| 15 | | | | |
| 16 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | | | S/N |
| 17 | SSVV + CGG 6/6 H | | | |
| 18 | CURATIVO DIÁRIO | | | RETINAR |
| 19 | | | | S.T.F |
| 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 OU GLUCOSE ≤ 70
DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, HENTIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

#SOLICITADO:

CONDUITA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:



SINAIS VITAIS

| 6 H | PA | FC | FR |
|------|----------------|----|----|
| 12 H | força de Tacto | | |
| 18 H | | | |
| 24 H | | | |

Dr. PEDRO DE SOUZA PAUSTO
CRM-RR 2028
Residente de Ortopedia e Traumatologia



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO DIH DN
PACIENTE ADRIANA JULIANA DO NASCIMENTO

AGNÓSTICO: FX CLAVICULA E

ALERGIAS:

| IDADE | HAS | NEGA | DM2 | NEGA |
|-------|---|------|-----|-------------|
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | SI |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFERICO | | | manh |
| 3 | SF 0,9% 500ML EV 8/8H | | | SI |
| 4 | DIPIRONA 500MG EV 8/6H SN | | | SI |
| 5 | | | | |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN | | | |
| 7 | NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM | | | SI |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIÁ | | | |
| 9 | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/6H S/N | | | 06 |
| 10 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H | | | SI |
| 11 | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H | | | 14 22-06 |
| 12 | | | | 12 18-24-06 |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | | | |
| 17 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | |
| 18 | CURATIVO DIÁRIO | | | |
| 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 GLICOSE ≤ 70
DLML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTANTE

EXAME FÍSICO: BEG, ALCALÓTICO, ANICRÉTICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORDADO, HIGRATAÔICO.

SOLICITADO:

CONDUITA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREDIÇÃO DE ALTA:

| SINAIS VITais | | | |
|---------------|----|----|----|
| 6 H | PA | FC | FR |
| 12 H | | | |
| 18 H | | | |
| 24 H | | | |

Dr. PLDRO DE SOUZA FAUSTO
CRM-RR 2028
Residente de Ortopedia e Traumatologia

302-7



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR (INSS)

PACIENTE: Antônio José da Silva - Sexo: Masculino - Idade: 47 anos
Profissão: Motorista - Residência: São Paulo - UF: SP
RG: 12.345.678-9 - CNH: 123456789 - ANPS:
DATA DE ADMISSÃO: 12/01/2011. DATA DE ALTA: 14/01/2011.
Principais sintomas: Dolor no joelho esquerdo - SENHA:
OPERADO PELO DR. José Lira - DR. José Lira
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 14/01/2011, AS 10:00 EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGÍCAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CONONI LACIANO DIA

DR. José Lira - AS - 14/01/2011 - COM: 0

PROIBIÇÕES: Não fumar - Não beber álcool - Não dirigir
Proibição de exercícios físicos - Proibição de banhos - Proibição de banhos
Proibição de banhos - Proibição de banhos - Proibição de banhos

- 1. NÃO FISAR QUEDA DE BRAÇO E CINTURA PELA MELHORIA DA RECUPERAÇÃO.
- 2. TOMAR OS MEDICAMENTOS PRESCRITOS APELA MÉDICO.
- 3. NÃO RETIRAR CALÇAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4. QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5. NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6. AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR, DE COMUNHÃO DA ATENÇÃO, LEVAR ELETROFOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBEU ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

Dr. Pedro de S. Lattuda
Médico Presidente
Ortopedia e Traumatologia
CIA Anfiteatro

BOA VIDA! 14/01/2011

SEGURO

302-7

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F

| | | | | | | |
|--|---|--|--|---|---------------------------------------|--|
| Blocos: | Data: | Enfermeira: | Lado: | | | |
| Nome paciente: | | | Série: | | | |
| Diagnóstico: | Adolescente feminina de 12 anos de idade com suspeita de meningite. | | | | | |
| Identificação de Precauções: | <input checked="" type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Necessário | | | |
| Alergias: | <input checked="" type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Qual: | | | |
| Necessidade de Internação: | <input checked="" type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Qual: Portugues | | | |
| Possui acompanhante: | <input checked="" type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Nome: | | | |
| Criação familiar: | <input checked="" type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Socioeconômico ruim | <input type="checkbox"/> Aprendizado | <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas | <input type="checkbox"/> Idade: | <input type="checkbox"/> Comportamento/Características |
| SISTEMA NEURO-ESCN | | | SISTEMA CARDIOVASCULAR | | | |
| Conscientia: | <input type="checkbox"/> Orientada | <input type="checkbox"/> Desorientada | Normal: | <input type="checkbox"/> Bradicardia | <input type="checkbox"/> Tachycardia | BC |
| Vegetativo: | <input type="checkbox"/> Taquicardia | <input type="checkbox"/> Hipotensão | Normal: | <input type="checkbox"/> Hipotensão | <input type="checkbox"/> Hipertensão | PA |
| Reflexos: | <input type="checkbox"/> Reage a estímulos | <input type="checkbox"/> Não reage | Normal: | <input type="checkbox"/> Pálpebras | <input type="checkbox"/> Dilatadas | Fase: |
| PUPILAS | | | AUMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL | | | |
| Holofrengos: | <input type="checkbox"/> Míopes | <input type="checkbox"/> Hipermetropia | OC: | <input type="checkbox"/> Engegada | <input type="checkbox"/> Engorgida | INT |
| Histeróticos: | <input type="checkbox"/> Anisocárticas | <input type="checkbox"/> Iridoscintentes | Ampliação do estômico: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Nao | Parcial |
| REGULAÇÃO TÉRMICA | | | Excreções: | <input type="checkbox"/> Feces | <input type="checkbox"/> Ausente | Calorímetro |
| Tônus: | <input type="checkbox"/> Hipertermico | <input type="checkbox"/> Hipotérmico | <input type="checkbox"/> Normais | <input type="checkbox"/> Ovários | <input type="checkbox"/> Gestacionais | Medida |
| Febre: | <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Fiebre | Normal: | <input type="checkbox"/> Cervicais | <input type="checkbox"/> Abdominais | Medida |
| Hipercinesia: | | | Ritmo: | <input type="checkbox"/> Fresco | <input type="checkbox"/> Aquecido | Aumento |
| CARACTERÍSTICAS DA PELE | | | REGULADOR ABDOMINAL | | | |
| Cósmica: | <input type="checkbox"/> Destr. epitel. | <input type="checkbox"/> Assecada | Normal: | <input type="checkbox"/> Distendido | <input type="checkbox"/> Subfeso | Electro |
| Normocorrada: | <input type="checkbox"/> Hidratação | <input type="checkbox"/> Hiperhidrose | Acute: | <input type="checkbox"/> Mórbido | <input type="checkbox"/> Impátria | |
| Anormal: | <input type="checkbox"/> Edema | <input type="checkbox"/> Cicatriz | Refluxo hidrocefálico: | <input type="checkbox"/> Preserv. | <input type="checkbox"/> Alveolar | |
| Acinófica: | <input type="checkbox"/> Fissura local: | | Visceromegalia: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Nao | Int. |
| Urticária ou pressão: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | SISTEMA URINÁRIO / URETE | | | |
| Região: | | | Espiráculos: | <input type="checkbox"/> Seco | <input type="checkbox"/> Húmido | Gigante |
| Contagem urinária: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Pelúcia: | <input type="checkbox"/> Dígrácia | <input type="checkbox"/> Galéria | |
| Urticária ou pressão: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Cistostomia: | <input type="checkbox"/> Cistostomia | <input type="checkbox"/> Cistostomia | |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO | | | Regulação urinária | | | |
| Fispermo: | <input type="checkbox"/> Freq. precoce | <input type="checkbox"/> Equipamento: | <input type="checkbox"/> Cistostomia | <input type="checkbox"/> Arterial: | <input type="checkbox"/> Venoso: | |
| Oxigenoterapia: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Qual: | | | |
| CONTROLE DE CATETERISMO/SONDAS/DRAGOS/ORTSES/PROTÉSES | | | | | | |
| Cateter Abdômen: | <input type="checkbox"/> Sim | <input checked="" type="checkbox"/> Não | Local: | <input type="checkbox"/> Drenar: | <input type="checkbox"/> Subfeso: | Electro: |
| Cateter Cervical: | <input type="checkbox"/> Sim | <input checked="" type="checkbox"/> Não | Local: | <input type="checkbox"/> Drenar: | <input type="checkbox"/> Impátria: | |
| Sonda de fezes na sítio da punção: | | | Drenar: | | | |
| Sondas: | <input type="checkbox"/> Sim | <input checked="" type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Nao | <input type="checkbox"/> Preserv. | Int. |
| Proteses: | | | <input type="checkbox"/> Drenar: | <input type="checkbox"/> Drenar: | <input type="checkbox"/> Preserv. | |
| Cateter Vesical: | <input type="checkbox"/> Sim | <input checked="" type="checkbox"/> Não | Data da instalação: | | <input type="checkbox"/> Preserv. | |
| Próteses: | <input type="checkbox"/> Sim | <input checked="" type="checkbox"/> Não | Local: | | | |
| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Risco de infecção | <input type="checkbox"/> Risco de respiratória infecção | <input type="checkbox"/> Risco de lesão por pressão | | | | |
| <input type="checkbox"/> Risco de infecção | <input type="checkbox"/> Vulnerabilidade espiralária prejudicada | <input type="checkbox"/> Risco de quedas | | | | |
| <input type="checkbox"/> Risco de infecção desequilibrada | <input type="checkbox"/> Mobilidade ilírica prejudicada | <input type="checkbox"/> Risco de broncospiropatia | | | | |
| <input type="checkbox"/> Risco de infecção e instável | <input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada | <input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada | | | | |
| <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio de volume | <input type="checkbox"/> Risco de equilíbrio térmico corporal | <input type="checkbox"/> Risco de constrição | | | | |
| <input type="checkbox"/> Volume líquidos excessiva | <input type="checkbox"/> Padaria de sono prejudicada | <input type="checkbox"/> Uso de medicamento deficiente | | | | |
| <input type="checkbox"/> Freq. urinária excedente | <input type="checkbox"/> Déficit na autonomia para higiene | | | | | |
| Escala de Morse | | | | | | |
| 1. Histórico de queda: | 2. Diagnóstico secundário: | 3. Terapêutica/Dispositivo salvo-vidas | | | | |
| Não: | 0 | Não: | 0 | | | |
| Sim: | 1 | Sim: | 2 | | | |
| | | | | | | |
| 3. Avenida na DRS abrigos: | 4. Marca/Resembalho: | 5. Norma/Ed. e lembretes/Sc/Armado: | | | | |
| Nerfum/Acardeado/Acidulado: | Comunicação/Combatear: | Prato: | 10 | | | |
| Vulva/Entregada/Andador: | 6. Estado Mental: | 6. Estado Mental: | 10 | | | |
| Mobilidade Parcial: | 15) Criteriável milccos/conhece os limites: | 15) Criteriável milccos/conhece os limites: | 15 | | | |
| 10/10: | 16) Superestima capacidade/escorre limitações: | 16) Superestima capacidade/escorre limitações: | 16 | | | |
| | Prescrição para prevenção de queda no banho: | | | | | |

302-7 Advia.
24:00

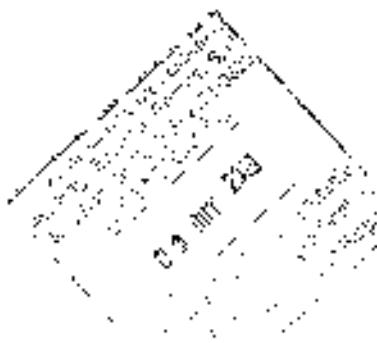
PA = 100x70

FC = 73

T = 36°C

— 1 hora Áreas de Atividade
de Enfermagem
COPAS BRS

+ 06:00 = PA = 100x60 mmHg (FC = 67 bpm) (T = 36.7°C)
D = 4-1 E + — *Secundário*
— Áreas de Atividade
de Enfermagem
Área em Enfermagem
CORSA 00.000 - RE



Not intended for official Interpretation.

ANEXO MATERIAIS DO MASTIMENTO
POFORTOPRIMA

HOSP GERAL DE ACARAÍMA
Operador HYDRAULICO
- KV - 100W

SOCIO:
NAME:
- 000000

Z. 0. 10000



350 mm

L 120
W 240

Not intended for official interpretation.

ADRIENNE GOMES

143 SP 93-94 DEPARTAMENTO
DE ESTADÍSTICA Y PROBABILIDAD



ויליאם ג'סלי

L 128
W 243

Not Intended for official Interpretation.

AEREA COLARDO DO PRINCIPAL

OPTOPEDIA

IS

C137100

07-1204

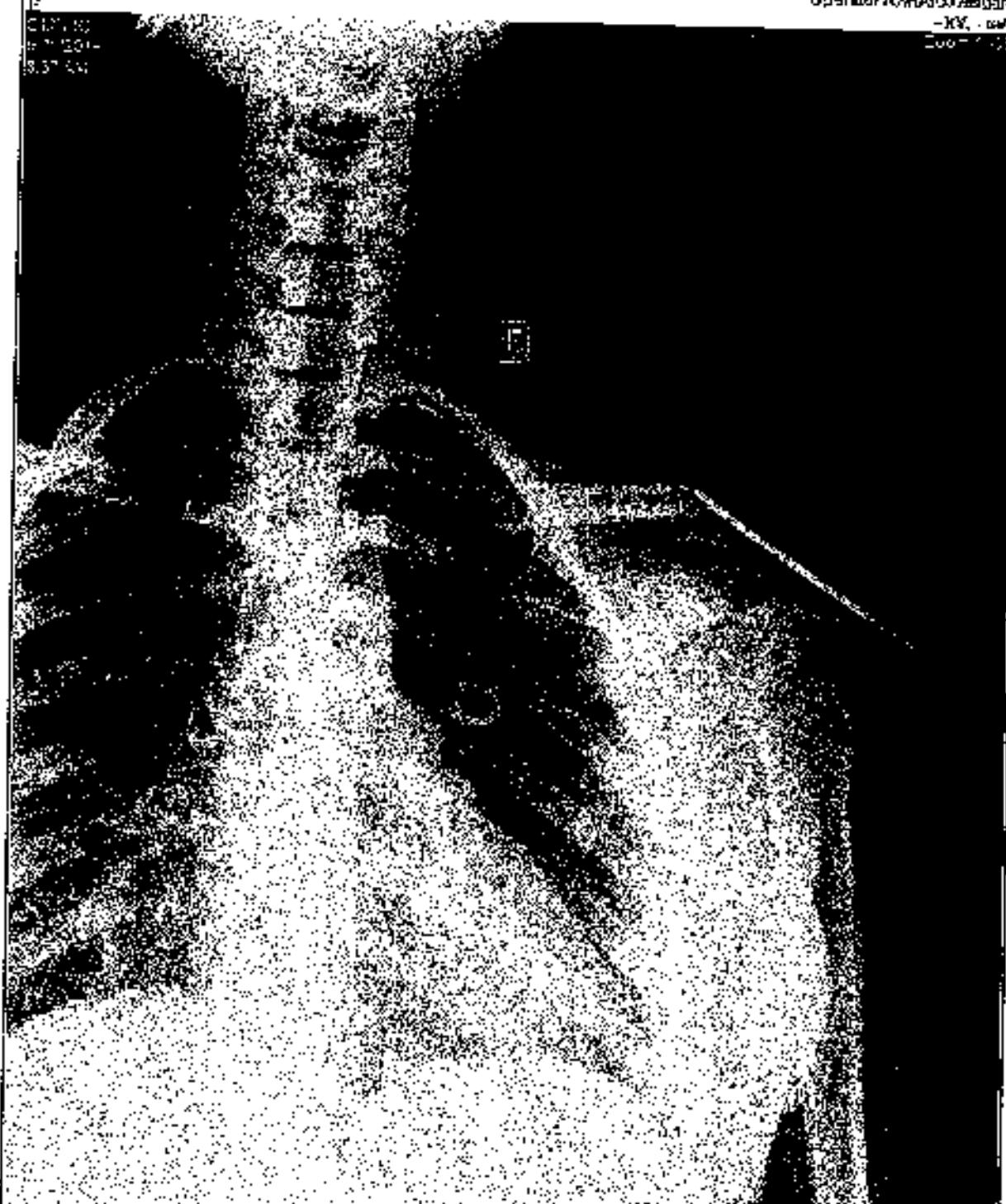
8.37 44

HDSP SERIAL DE ROTINA

Operator NO/NAD/00/00000000

-XX - 0000

000 - 0000



100 mm

4 1/2"

W 2 3/8"

E



ANNE L. KASCHMIR
HOSPITAL CORONI MIA
1228

IFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO

FILIAÇÃO.....:

MARIA FRANCISCA RIBEIRO DO NASCIMENTO

NASCIMENTO.... 08/05/1993

SEXO: FEMININO

ESTADO CIVIL.... SOLTEIRO

NATURALIDADE: MANAUS - AM

DOCUMENTO.... C. I. 3995526 02/09/2009 SESP RR

LEI N° 5.849, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF..... 1016.607.552-39 CNH....

TIT. ELEITOR.

SEÇÃO:

ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 09/05/2011

ASSINATURA DO EMISSOR



| | | |
|--|--|---|
| REGISTRO GERAL | | VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL |
| | | DATA DE EXPEDICAO: 17/07/2002 |
| NOME LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES | | |
| FILIAÇÃO ERNESTO ALVES DE SOUZA / LIDIA | | |
| NATURALIZADE BOA VISTA-RR | | DATA DE NASCIMENTO 14/03/1971 |
| DOC. ORIGEM CCC 3766 F. 260 L.B-12 BOA VISTA-RR. | | |
| SERI 294316382 - 15 | | Ramiro Francisco da Silva Junior Assinatura do Diretor |
| LEIA N° 7.116 DE 29/08/85 | | |

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0461138/19

Vítima: ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO

CPF: 016.607.552-39

Data do acidente: 27/08/2019

Titular do CPF: ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO : 016.607.552-39

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: 19/12/2019
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190711314 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 27/08/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 10/12/13/28_CIRURGIA

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 dos ombros | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| | | Total | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190711314 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 27/08/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 10/12/13/28_CIRURGIA

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 dos ombros | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| | | Total | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO
Identidade: 3995526 SSP/RR **CPF:** 016.607.552-39
Naturalidade: MANAUS/AM **Nacionalidade:** BRASILEIRA
Estado Civil: SOLTEIRA **Profissão:** VENDENDORA
Endereço: RUA JOSE CARLOS PRAZERES, 1397 – UNIÃO / CEP: 69.313-782

OUTORGADO:

Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
Nacionalidade: BRASILEIRA **Estado Civil:** CASADA
Profissão: FUNCIONÁRIA PÚBLICA **Identidade:** 80232 SSP/RR **CPF:** 294.316.382-15
Endereço: RUA JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA, 359 - CARANÃ

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante: a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT; HOSPITAL GERAL DE RORAIMA; POLICLÍNICA COSME E SILVA; CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA; SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA / SAMU e POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA.

Boa Vista-RR, 13 de novembro de 2019.

Adria juliana do nascimento
Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0461138/19

Vítima: ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO

CPF: 016.607.552-39

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/08/2019

Titular do CPF: ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO : 016.607.552-39

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: 19/12/2019
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0461138/19

Número do Sinistro: 3190711314

Vítima: ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO

CPF: 016.607.552-39

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/08/2019

Titular do CPF: ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentos de identificação

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: 16/01/2020
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/01/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190711314

Vítima: ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 27/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO

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

| | |
|------------------------------------|--|
| Documentos de identificação | Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da vítima ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento atualizada, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois não foi entregue. |
|------------------------------------|--|

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190711314

Vítima: ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 27/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190711314 **Vítima: ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO**

Data do Acidente: 27/08/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO

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 dos ombros

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: ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003027

Conta: 0000024189-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPE da vítima:

01660755239

4 - Nome completo da vítima:

ADRIA JUANNA DO NASCIMENTO

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

5 - Nome completo:

ADRIA JUANNA DO NASCIMENTO

6 - CPE:

01660755239

7 - Profissão:

VENDEDORA

8 - Endereço:

R. JOSE CARLOS PRAZERES 1397

9 - Número:

1397

11 - Bairro:

UNIÃO

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69313782

15 - E-mail:

JUANNA.SOUZA71@HOTMAIL.COM

16 - Tel (DDPD):

95991168367

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:

—

19 - Profissão do Representante Legal:

—

DADOS CADASTRAIS

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

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

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3027

CONTA: 24189

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: Falecidos:

Sim

Não

30 - Vítima deixou

nascituro (vai nascer)?

Sim

Não

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

Sim

Não

Não

33 - Vítima deixou

pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

39 - 2^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

BOA VISTA, 28/11/19
x Cidin Júlio da Conceição

Assinatura da testemunha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

NÃO ALFABETIZADO

MORTE

INVALIDEZ PERMANENTE



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 039958/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/11/2019 08:28 Data/Hora Fim: 13/11/2019 08:52
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 27/08/2019 22:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: RUA HORÁCIO MARDEL DE MAGALHÃES

Bairro: Asa Branca

Tipo do Local: Via Pública

| Natureza | Meio(s) Empregado(s) |
|--|----------------------|
| 1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - OUTROS | Não Houve |

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AM - Manaus Sexo: Feminino Nasc: 08/05/1993
Profissão: Vendedor
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Maria Francisca Ribeiro do Nascimento

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA JOSÉ CARLOS DOS PRAZERES

Nº: 1397

Bairro: BAIRRO UNIÃO

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

| | |
|---|---|
| Grupo Veículo | Subgrupo Motocicleta/Motoneta |
| CPF/CNPJ do Proprietário 016.607.552-39 | Placa NAS0981 |
| Renavam 00952689430 | Número do Motor JA04E28064152 |
| Número do Chassi 9C2JA04208R064152 | Ano/Modelo Fabricação 2008/2008 |
| Cor AMARELA | UF Veículo Roraima |
| Município Veículo Boa Vista | Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES |
| Modelo HONDA/BIZ 125 ES | Veículo Adulterado? Não |
| Quantidade 1 Unidade | Situação Envolvido |
| Última Atualização Denatran 23/04/2018 | Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO |

Nome Envolvido

Adria Juliana do Nascimento

Envolvidos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE COMPARECEU NESTA ESPECIALIZADA PARA RELATAR QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA DESCrito, CONDUZIA A MOTOCICLETA SUPRAMENCIONADA PELA RUA HORÁCIO MARDEL DE MAGALHÃES



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 039958/2019

SENTIDO AV. ATAIDE TEIVE > AV. MARIO HOMEM DE MELO, QUANDO TENTOU DESVIAR DE UM BUEIRO QUE ESTAVA SEM TAMPA E ACABOU PERDENDO O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAINDO. QUE FOI SOCORRIDA AO HOSPITAL PELO SAMU. QUE COM O ACIDENTE SOFREU LESÃO CORPORAL, FRATURANDO A CLAVÍCULA DO LADO ESQUERDO. QUE O REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.
É O RELATO.

ASSINATURAS

Volney Amajari Grangeiro Das Neves
Agente de Polícia
Matrícula/042000169

Responsável pelo Atendimento

Adria Juliana do Nascimento
(Comunicante / Vítima)

Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do documento AB:

3 - CPF/CNPJ:

4 - Nome completo da vítima:

5 - Invalidade permanente:

6 - Morte:

04660755239 ADRIAJUNANA DO NASCIMENTO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS: RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSP N° 40/2012.

5 - Nome completo:

ADRIAJUNANA DO NASCIMENTO

6 - CPF:

04660755239

7 - Endereço:

8 - Loteamento:

9 - Bairro:

10 - Complemento:

11 - Distrito:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

MUPNNA.50032871@Hotmail.com

16 - Telefone:

95491168367

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MÉDIO ENTRE OS 13 (TRINTE) ANOS DA INCAPACIDADE COM CURADOR:

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - OPI do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins da lei, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR COPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

INCLUSO INFORMAR
 SEM INFORMAR

R\$1.000,00 a R\$1.000,00
 R\$1.001,01 a R\$2.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCARIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

CONTA POUPANÇA (sem limite para os bancos Itaú, Bradesco, Santander, Caixa, Banco do Brasil, Sicredi, entre outros)

CONTA CORRENTE (caixas eletrônicos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **3057**

CONTA: **24180**

AGÊNCIA: **_____** CONTA: **_____**

(informar o número da agência)

(informar o número da conta)

(informar o número da agência)

(informar o número da conta)

Declaro que o Segurado não cobra a polícia na conta bancária informada, de modo a evitá-lo de ser indiciado ou preso por furto ou roubo, caso seja suspeito de envolvimento com o crime.

Declaro que o Segurado não cobra a polícia na conta bancária informada, de modo a evitá-lo de ser indiciado ou preso por furto ou roubo, caso seja suspeito de envolvimento com o crime.

Declaro que o Segurado não cobra a polícia na conta bancária informada, de modo a evitá-lo de ser indiciado ou preso por furto ou roubo, caso seja suspeito de envolvimento com o crime.

Declaro que o Segurado não cobra a polícia na conta bancária informada, de modo a evitá-lo de ser indiciado ou preso por furto ou roubo, caso seja suspeito de envolvimento com o crime.

12 - DECLARAÇÃO DE NUSCÔMIA DE LAURO DO IML - PREENCHIMENTO SÓMENTE PARA CONVERGÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que fui impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para a perícia de invalidade permanente ao Seguro DPVAT (Lei nº 9.455/97/4), uma vez que:

- Não há IML que atenda à região do acidente ou da minha residência; ou;
- O IML que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza exames para fins do Seguro DPVAT; ou;
- O IML que atende à região do acidente ou da minha residência realiza exames com prazo superior a 40 (quarenta) dias do pedido.

Serviço e preenchimento da declaração de que o Seguro DPVAT, por meio de sua representação legal, fará o encaminhamento do laudo do IML, certificando, desde logo, em sua submissão à análise médica, que necessário. As autorizações, ordens e dispensas de seu IML, certificadas, devem ser encaminhadas ao IML de sua residência ou ao IML mais próximo de sua residência, dentro de 48 horas.

Declaro que esta autorização não significa obrigar a concordância com a futura avaliação médica da residência no ato da constatação da invalidade permanente, caso de não constatação da invalidade permanente.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SÓMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

13 - Estado:

Civil do beneficiário:

Solteiro

Casado (no civil)

Separado (não judicializado)

Separado (judicializado)

Viúvo

União estável

Ativo

Inativo

Retirado

Desempregado

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: 24/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 000000024189-7

Nr. da Autenticação 084F6ED228FD0DEC