

BLOCO A attp: 28/08/19

1- NOME DO PACIENTE
2- SOBRENOME
3- DATA DE NASCIMENTO
4- SEXO
5- ESTADO CIVIL
6- GRAU DE INSTRUÇÃO
7- OCUPAÇÃO
8- ENDEREÇO
9- CIDADE
10- ESTADO

11- NOME DO HOSPITAL
12- ENDEREÇO DO HOSPITAL
13- CIDADE DO HOSPITAL
14- ESTADO DO HOSPITAL
15- DATA DE ADMISSÃO
16- DATA DE SAÍDA
17- DATA DE FÓRMULA

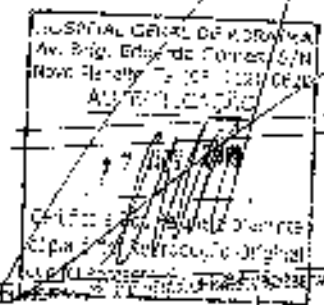
18- NOME DO MÉDICO
19- ENDEREÇO DO MÉDICO
20- CIDADE DO MÉDICO
21- ESTADO DO MÉDICO
22- DATA DE ADMISSÃO
23- DATA DE SAÍDA
24- DATA DE FÓRMULA

Glória Regina de Almeida Silva
18/08/1903 12/29/55 55619
Residência de Almeida Silva
Rua Dandae Pinheiro 143 Lintunã Verde
Bom Sucesso RJ 140000

1474665
F
1959 11 29 5930

17- PRATICA DE CURETAGEM
História de Insulto Vascular (D)

18- CONDIÇÕES QUE INTERFEREM NO DIAGNÓSTICO
Tumores Cerebrais



RX

19- HISTÓRIA DE IDENTIFICAÇÃO DE PRONOS DIAGNÓSTICOS (PRONÓSTICO) (NOME DO PACIENTE)
História de Amarelão Dente

20- HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS
Outra História
Glau

PROTECTOR DO PACIENTE

21- HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS
22- HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS
23- HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS
24- HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS
25- HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS
26- HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS
27- HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS
28- HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS
29- HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS
30- HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS

20/08/19

03080/00079
5825 1068
V19

20/8/19

27/8



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"



FICHA DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

Bloco: A-68

I - DADOS DO PACIENTE:

DESCONHECIDO: () SIM () NÃO ENTRADA: 20/10/81

ORS: (COR/RAÇA, ESTATURA, VESTIMENTA...)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Cláudia Regina de Almeida Silva

DATA DE NASCIMENTO: 11/10/74 IDADE: 44 anos

SEXO: (X) FEM () MASC. TELEFONE:

NACIONALIDADE: Brasileira NATURALIDADE: R

ENDEREÇO: Av. Jardim - Condomínio Jardim 13/05 apto 203

Nº 580 BAIRRO: Pedra Branca CIDADE: Boa Vista

ACOMPANHANTE NA UNIDADE: Sra. Maria

PARENTESCO: avó CONTATO: 991239302

POSSUI DOCUMENTOS: (X) SIM () NÃO

APRESENTA ALGUMA DEFICIÊNCIA: () SIM () NÃO SE SIM, QUAL?

RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? () SIM () NÃO

() BPC () APOSENTADORIA () AUXÍLIO DOENÇA () OUTROS:

III - CONDUTA PROFISSIONAL/ACOMPANHAMENTO:

Paciente vítima de acidente de motocicleta/
motocicleta. Aguardando o cirurgia. Realizado acolho-
mento e orientações sobre DPVAT e rotina do
hospital.

W. D. Pinheiro
Assistente Social
CRESS 0086-27ª Região/RB

ASSISTENTE SOCIAL

DATA: 1/11/81

A-68^{v2}

21:05h

PA: 141y95

fc - 59

FR: 2.5

Tax: 36.6

১৯৮৩ সালে
 ১৯৮৩ সালে
 ১৯৮৩ সালে

24

Dr. Fernando Rezende
Mestre em Engenharia de Materiais

APR 19 1964

1. Ein $\odot$ lassen $P(VO)$ sein $\odot$ und $\odot$ (nicht)

~~8~~ 9 DECEMBER
COLUMBIA

A-68

6.8 (corredor)

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

DATA DE ADMISSÃO: DIH 20/08/2019 DN 11/10/1974

PACIENTE: BLÁDIA REGINA DE ALMEIDA SILVA

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE MALEÓLO MEDIAL D

ALERGIA: HAS NEGA DM2 NEGA

IDADE: 44 ANOS LEITO: 68-A DATA: 21/08/19

SEXO: FEM PRESCRIÇÃO: HORARIO:

DIETA: ORAL EVOL

ACESSO VENOSO PERIFÉRICO:

1. SI 9% 600ML EV 6/8H

2. DIFENHIDRAMINA 50MG EV DE 8/8H

3. FENILAT 20MG EV DE 12/12H

4. TRAMAL 50MG + SER 2% 100ML EV OU VO DE 3/8H SE DOR INT

5. NALBUFINA 10MG + 50ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4

6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA

7. METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H SN

8. SIMETICONA GOTAS 16 GOTAS VO DE 8/8 H SN

9. TRANAL 100MG VO DE 8/8H SN

10.

11.

12.

13.

14.

15.

16.

17.

18.

19.

20.

21.

22.

23.

24.

25.

26.

27.

28.

29.

30.

31.

32.

33.

34.

35.

Obs: Por favor tranquilizar no sentido de dar a dor medicada conforme prescrição médica. Seguir a orientação da enfermagem.

Dr. [Assinatura] PORTE DIH
CORREN: R/L 675-66-14

SINAIS VITAIS	BR	PA	FC	FR
12/08/19	120	80	58	16
13/08/19	120	80	58	16
14/08/19	120	80	58	16

12:00 (Paciente medicado)
CPM
[Assinatura]
Rafael Roberto de S. Campes
Fisioterapeuta
CRM 20.155-1

A-68

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH:	20/08/2019	DN	11/10/1974
PACIENTE: GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA					
AGNOSTICADA: FRATURA DE MALLEOLO MEDIAL D					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	44	LEITO	68-A	DATA	22/08/19
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S/N
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manter
3	SF 0,9% 500ML EV 8/8H				22:00:00
4	DIPIRONA 500MG EV DE 8/8H				22:00:00
5	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				22:00:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT				S/N
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				S/N
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				S/N
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				S/N
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN				S/N
11	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN				S/N
12					
13					
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S/N
17	SSVV + CCGG 8/8 H				S/N
18	CURATIVO DIÁRIO				S/N
19					
20					
21					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-70					
250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLUCOSE ≤ 70 DL/ML.					
GLICOSE 60% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE					
# EXAME FÍSICO: BCG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, SUPINEICO, NDRMOCDRADO, HIDRATADO, COM PULSOS PERIFÉRICOS PRESERVADOS, EM USO DE TALA BOTA D.					
# SOLICITADO:					
# CQNDUTA: MANTIDA					
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:					
# PREVISÃO DE ALTA:					

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	121/72	72		36,8°C
18 H				
24 H	129/77	68	—	36

Dr. Marcelo Arruda
Ortopedia e Traumatologia
ERM-RR 1209/ROE 550

As 12:00h Paciente no Leito, Afecção assu, segue sem
queixas, recebendo cuidados de enfermagem.
Rômulo G. P. Mend.
Técnico de Enfermagem
COREN-RR 52.030/F

15:05 T: 36,6°C

96:0h
PA 120/80 FC 72 TD 21

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HRCR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

Gláucia de Almeida

Leito:

68

Data: 02/08/2019

Localização



Região: MSD / Ombro

Grau: I () II (x)

Etiologia

- () LPF I II III IV 9º () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
() Trauma: tração Fixador Externo () ortopedia
() Outros:

Aparência do
Leito

- () Necrose: Amarela/Negra () Escarrelado (x) Granulação () Epitelização
() Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros

Pele Pericisional

- () Normal () Macerado () seca (x) Hiperemia / Rubor
() Outro:

Tipo de Exsudato

- () Purulento (x) Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco
() Outro:

Quantidade de
Exsudato

- () Molhado (x) Úmido () Seco

Solução de
Limpeza

- (x) Soro Fisiológico 0,9% (x) Clorexidina 2% () Álcool 70%
() Outros:

Cobertura
primária

- (x) Gaze () Colágeno/Tribinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outro: AGE

Troca

- () 12/12 (x) Diário () 48/48h

Profissional que
realizou
procedimento:

Adonildes Vieira Araújo
Técnico em Enfermagem
COR-14.565.795/1E

Vanessa da Silva Mouris
Técnica em Enfermagem
COR-14.565.795/1E

Vanessa da Silva Mouris
Técnica em Enfermagem
COR-14.565.795/1E

Adonildes Vieira Araújo
Técnico em Enfermagem
COR-14.565.795/1E

Observações:



LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
HOSPITAL GERAL DE RIBEIRÃO PRETO

Paciente: **Gláucia Regina De Almeida**

Solicitação: 201210112 Número Interno:

Sexo: Feminino

Nasc: 11/10/1974

Idade: 44 ANOS

Origem: HGR

Solicitante:

Serviço: BLOCO A

Leito: NÃO INFORMADO

Data de Emissão: 23/08/2018 17:57

Recbimento:

Resultado de Exame

Amostra: 2012101102

DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO

Métodologia: M11 - Clínicos Ribeiro Almeida

CREATININA

Resultado

0,82 mg/dL

Referência

0,5 - 1,2 mg/dL

Notas

A creatinina deve ser analisada preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém em casos de hospitalizados (excluindo-se um jejum mínimo de 4 horas).

DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO

Métodologia: M17 - Clínicos Ur (insase)

URÉIA

Resultado

24,31 mg/dL

Referência

15,0 - 40,0 mg/dL

[Assinatura]

Daniela Silveira Feltes Silveira

Biotecnóloga

CRP-RN 168

Rua General Tibúrcio, 1500 - Bairro Fátima, CEP: 13061-900 - Ribeirão Preto - SP - 13112-222

Obs: Usar para referência médica e não para prescrição

24/08/2018 17:57

11/10/2018

Página 1 de 1



Hospital Geral de Ribeirão Preto
Cidade: 2121-0540
E-mail: hospital@hgr.com.br
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3305
Aeroporto

MOLÉCULE LABORATÓRIO
DO LIXO

SESAU



GOVERNO
DO ESTADO DE SÃO PAULO



GOVERNO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Paciente: **Gláucia Regina De Almeida**

Solicitação: 20121811

Número Interno:

Sexo: Feminino

Nasc: 11/10/1974

Idade: 44 ANOS

Origem: HCR

Solicitante:

Setor: BLOCO A

Leito: NÃO INFORMADO

Data de Emissão: 23/08/2019 07:57

Recebimento:

Resultado do Exame

Amostra: 2012181123

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M25 - Automatizado (bu-5290)

LEUCOGRAMA

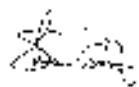
	Resultado	Referência
LEUCÓCITOS	5.17 x10⁹/uL	4.0 - 10.0 x10 ⁹ /uL
NEUTRÓFILOS	47.40 %	50.0 - 70.0 %
LINFÓCITOS	41.60 %	20.0 - 40.0 %
MONÓCITOS	7.20 %	3.0 - 12.0 %
EOSINÓFILOS	3.10 %	0.0 - 5.0 %
BASÓFILOS	0.70 %	0.0 - 1.0 %

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	4.62 x10⁶/uL	3.9 - 5.25 x10 ⁶ /uL
HEMOGLOBINA	10.90 g/dL	12.0 - 16.0 g/dL
HEMATÓCRITO	36.10 %	35.0 - 45.0 %
VCM	78.20 ug/L	77.0 - 101.0 ug/L
HCM	23.60 pg	27.0 - 34.0 pg
CHCM	30.10 g/dL	28.0 - 32.0 g/dL
RDW CV	17.30 %	11.0 - 18.0 %
RDW SD	57.00 fL	35.0 - 56.0 fL

PLAQUETOGRAMA

PLAQUETAS	261.00 x10⁹/uL	150.0 - 400.0 x10 ⁹ /uL
VPM	8.60 fL	6.5 - 12.0 fL
ADP	15.60	8.0 - 17.0
PCT	0.225 %	1.09 - 2.62 %

Assinatura: 
Zuleika Lima dos Reis
Blaquimio
CRF-RR 466

Responsável Técnico: Ricardo Cavendo Costa Junior - Responsável Técnico - CRF - RR 122
Ciber Liberação do resultado somente online e presencial

23/08/2019 07:54

(*) Referência
Página 1 de 2



Hospital Geral de Pernambuco
080051 2121 0560
E-mail: atendimento@hgpem.com.br
Av. Brigadeiro Figueiredo, 3000 -
Aciópolis

NÚCLEO DE: LABORATÓRIO
DO HCR



GOVERNO
DE PERNAMBUCO



ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE SAÚDE

Paciente: Glaucia Regina De Almeida	Sexo: Feminino	Nasc: 11/10/1974	Idade: 44 ANOS
Solicitação: 20121811	Número Interno:	Solicitante:	
Origem: HGR	Sector: BLOCO A	Leito: NÃO INFORMADO	
Data de Emissão: 23/08/2019 07:57	Recebimento:		

Resultado de Exame

Amostra: 2012181101

COAGULOGRAMA COMPLETO

Materiais: PLASMA

Métodologia: M23 - Automação (Drafiny Plus)

	Resultado	Referência
TEMPO DE PROTROMBINA	<11,0 seg	10,0 - 14,0 seg
RNI	0,74	0,8 - 1,2
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	27,20 seg	25,0 - 39,0 seg
RATJO	1,00	0,78 - 1,22

Notas

O Núcleo de Laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios de coagulograma e por isso razão não pode garantir a etapa pré-analítica.

Amostras coletadas sob circunstâncias estressantes ou não contínuas podem produzir resultados não coerentes com a clínica do paciente.

Simone Lima dos Reis
Elaquímico
CRM-RS 465

Responsável Técnico do Laboratório: Simone Lima dos Reis - Responsável Técnico - CRM - RS 465
Obrigações do resultado médico: sem valor jurídico

24/08/2019 07:57

(*) Reticulado
Página 1 de 1



Hospital Geral de Marília
Rua: 2121, 08440-
Zamora Reguena@yahoo.com.br
Av. Higienista Eduardo Gomes, 1000 -
Aeroporto

LABORATÓRIO DE LABORATÓRIOS
ON LINE

SESAU
SECRETARIA DE SAÚDE



GOVERNO
DO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE

Paciente: Gláucia Regina De Almeida	Sexo: Feminino	Nasc: 11/10/1974	Idade: 44 ANOS
Solicitação: 20121811	Número Interno:	Solicitante:	
Origem: HGR	Setor: BLOCO A	Leito: NÃO INFORMADO	
Data de Emissão: 23/08/2019 07:57	Recabimento:		

Resultado do Exame

Amostra: 2012181104

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV

Materiais: BORO

Métodologia: M24 - Imunocromatografia

TESTE RÁPIDO 01

CONCLUSÃO FINAL

Resultado

Não Reagente

Referência

NÃO REAGENTE

**AMOSTRA NÃO REAGENTE PARA
INFECÇÃO PELO HIV**

AMOSTRA NÃO REAGENTE

Notas

Este laudo técnico está em conformidade com o Fluxograma 01 (do manual) técnico para o diagnóstico da Infecção pelo HIV, aprovado pela Portaria nº 29 do Ministério da Saúde de 2013.

Os ensaios para o diagnóstico da Infecção pelo HIV realizados pelo Núcleo de Laboratório são conduzidos usando os Kits Bioeth TR-Line, Me 039 como TR 01 e o Kit Bio-Manguinhas TR-DPP da Ibis 178SI039Z como TR 02.

O diagnóstico **NÃO REAGENTE** para infecção pelo HIV no primeiro ensaio não descarta a possibilidade da infecção, devendo ser repetido após 30 dias na persistência da suspeita da infecção pelo HIV.

Resultados conclusivos de infecção pelo HIV em testes rápidos devem ser confirmados por meio da amplificação do RNA viral no exame da CARGA VIRAL da amostra do paciente.

Resultados **REAGENTES** para infecção pelo HIV no TR 01 e **NÃO REAGENTE** no TR2 não podem ser definidos pelo esquema diagnóstico empregado, devendo ser expressa Conclusão Diagnóstica como **INCONCLUSIVO** para infecção pelo HIV.

Quando a indeterminação do diagnóstico for atestada pelo esquema do fluxograma 01, sugere-se nova solicitação para submissão ao FLUXOGRAMA 03 (SOROLOGIA PARA HIV).

Não existe testes laboratoriais para diagnóstico de infecção pelo HIV que apresentem 100% de sensibilidade e especificidade, sendo plenamente plausível resultados falso Negativo, Falso positivo e Indeterminado ou Divergentes na prática diária laboratorial.

Assinatura

Dr.ª Silvana Palma Silveira
Bióquima
CRF RR 168

Responsável Técnico: Renata Siqueira Costa - Responsável Técnico - CRF - RR 122
Obs: Documento de 00481 e 00480 em anexo pessoal

24/08/2019 07:51

11/08/2019

Página 1 de 1



Hospital Geral de Roraima
Doc 000 2124 0546
Rua da Igreja da Graça, s/n, Centro,
Av. Brigada do Exército, 3333 -
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO
DO HGR



GOVERNO
DE RORAIMA

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

DATA DE ADMISSÃO: _____ DIH: 20/08/2019 DN: 11/10/1974

PACIENTE: GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA

AGNOSTI: FRATURA DE MALEOLO MEDIAL D

ALERGIAS: _____ HAS: _____ NEGA: _____ DM2: _____ NEGA: _____
 IDADE: 44 LEITO: 68-A DATA: 24/08/19

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	monter
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H	43 48 53
4	DIPIRONA 500MG EV DE 6/6H	43 48 53
5	TILATIL 20MG EV DE 12/12H	40 43 48
6	TRAMAL 100MG + SFD 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT	SND
7	NALBÚFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM	43 48 53
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA	96
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SND
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h S/N	SND
11	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H S/N	SND
12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SND
17	SSVV + CCGG 6/6 H	notar
18	CURATIVO DIÁRIO	notar
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 DLML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE: DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
 # EXAME FÍSICO: REF, ACIANÓTICO, ANJÉTICO, AFEBRIL, CUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, COM PULSOS PERIFÉRICOS PRESERVADOS, EM USO DE TALA BOTA D.
 # SOLICITAÇÃO:
 # CONDUTA: MANTIDA
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	130/90	65	-	36.7
18 H	120/90	64	-	36.5
24 H	120/80	65	19	36.8

Dr. Augusto Gonçalves
 Médico Especialista em
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM nº 1554

06H 130x90 74 21 36.4

24H Paciente recusou o atendimento 3. de hoje

Paciente no leito, reativa.
 mo, trocado AVF. filio 18.
 Segue em cuidados de

Paciente segue sob cuidados da enfermeira, administra medicações de horários com

Dr. Augusto Gonçalves
 067-876-838-10

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH	20/08/2019	DN	11/10/1974
------------------	--	-----	------------	----	------------

PACIENTE	GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA				
----------	---------------------------------	--	--	--	--

AGNÓSTI	FRATURA DE MALEOLO MEDIAL D				
---------	-----------------------------	--	--	--	--

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

IDADE	44	LEITO	68-A	DATA	25/08/19
-------	----	-------	------	------	----------

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORARIO
------	------------	---------

1	DIETA ORAL LIVRE	S+D
---	------------------	-----

2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	manhã
---	--------------------------	-------

3	SF 0,9% 500ML EV 8/8H	10h
---	-----------------------	-----

4	DIPIRONA 600MG EV DE 8/8H	10h
---	---------------------------	-----

5	TILATIL 20MG EV DE 12/12H	10h
---	---------------------------	-----

6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT	10h
---	--	-----

7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	10h
---	--	-----

8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	10h
---	-------------------------	-----

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

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

11	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	10h
----	----------------------------	-----

12		
----	--	--

13		
----	--	--

14		
----	--	--

15		
----	--	--

16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 180 E OU PAD > 113 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 ≤ 73 DUM. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PI ANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEitado NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTANTE, SEM QUEIXAS ALGICAS.

#EXAME FÍSICO: BEG, ACANÓTICO, ANICTÉRICO, AFÉRRIL, EUPNEICO, NORMOCURADO, HIDRATADO, COM PULSOS PERIFÉRICOS PRESERVADOS, EM USO DE TALA BOTA D, AGUARDA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA E RISCO CIRÚRGICO.

#SOLICITADO:

#CONDUITA: MANTIDA

#PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

#PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	120 X 80	67	36,20
18 H	120 X 80	63	35,1
24 H	120 X 80	73	36,1

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3453/RR

Plantão Noturno Administrado medicamente
Aferido SSVV e curativos para

PRESCRIÇÃO MEDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	20/08/2019	DN	11/10/1974
PACIENTE	GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA			
AGNOSTO	FRATURA DE MALEOLO MEDIAL D			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	44	LEITO	SB-A	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO			

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

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEitado NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTAGUANTE, SEM QUEIXAS ALGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, ACSSRL, EUPNEICO, NORMOCORADO, LIDRATADO, COM PULSOS PERIFÉRICOS PRESERVADOS. EM USO DE TALA BOTA D, AGUARDA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA PRECISO CIRÚRGICO.
SÓLIDÃO:
CONJUNTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Flávio Augusto
Trombido - Ortopedia
CRM-RR 884

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	T
12 H	129/85	72	—	36,0
18 H				
24 H	110/70	78		36,1°C

12:04 - Paciente no leito em repouso aquecido dando energia, pegando as mãos da enfermeira.

Dr. Flávio Augusto
Trombido - Ortopedia
CRM-RR 884

às 18:00
Realizada medicação de
hábito conforme prescrição médica #
Avaliação progressiva



Hospital Geral de Roraima
Serviço de Cardiologia

Data: 26/08/2019

RISCO CIRÚRGICO CARDIOLÓGICO

GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA, 44 ANOS

PACIENTE INTERNADA DEVIDO FRATURA TRAUMÁTICA DE MALEOLO MEDIAL DIREITO, COM PROPOSTA DE CIRURGIA ORTOPÉDICA DE CORREÇÃO.

ANTECEDENTES: ARTRITE REUMATÓIDE. FAZ USO DE PREDNISONA 10 MG/DIA. ALERGIA A AAS.

PA: 112/72 MMHG FC: 72 BPM

AO EXAME: REG. CORADA, HIDRATADA, AFEBRIL, EUPNEICA EM REPOUSO

AC: RITMO CARDÍACO REGULAR EM 2T BNF SEM SOPROS

3: MV EM AHTX, SEM RA

ABD: FLÁCIDO, RHA+, SEM MEGALIAS

EXT: PP<3S, PANTURRILHAS LIVRES, SEM EDEMAS. IMBOLIZAÇÃO DE MID

ECG (23/08/2019): RITMO SINUSAL, FC 72 BPM, SAQRS D°, INTERVALOS ADEQUADOS, SEM CRITÉRIOS DE SOBRECARGA DE CAMARAS

RX DE TÓRAX (23/08/19): ÍNDICE CARDIOTORÁCICO DISCRETAMENTE AUMENTADO. SEM PNEUMOPATIAS CONGESTIVAS OU CONSOLIDATIVAS

EXAMES LABORATORIAS (23/08/19): LCT 5170 HB HT 38,10% PQT 261.000 CR 0,82 UREIA 24,31

CAPACIDADE FUNCIONAL BOA

HD:

- ESCORE DE RISCO: SEGUNDO ESCORE DE LEE - ESCORE 0 / CLASSE 1 (0,4% DE RISCO DE COMPLICAÇÕES);

CD:

- Sugiro cuidados convencionais em pós-operatório de cirurgia ortopédica: evitar sobrecarga hídrica, controle algico adequado, monitorização de sinais vitais no Peri operatório e introdução de profilaxia de trombose venosa profunda quando possível.

Dr. Kim Pong Doi Chan
CRM-RS 437
CNS 9807628047188

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



1. KINGS DO NOT HAVE "CORRUPTION" HANDS SO STAMPER

Решение. Пусть x — количество билетов, купленных по цене 1 рубль, а y — количество билетов, купленных по цене 2 рубля. Тогда можно записать систему уравнений

[Handwritten signature]

3. FEINMETAL-EXPORT

SECRET

45-60713-7-10-5

8-14-68 10:00 AM

JUSTITIA CIVILIA INTERNA

François de Malabar
mission

不在此限。如有其他情形，請向本局查詢。

700 C. M. 610

SECRET

NAME MATSOHO BPOC

PROCEDIMENTO SOLICITADO

OSAVOSS DE KOWOLN

HOME OF THE FUTURE

ENCUENTRO EN CASO DE CAUSAS EXTERNAS (INCIDENTES)

www.elsevier.com/locate/medbiomaterials

ACADEMY OF TRANSPORT

29. ADDITIONAL INFORMATION

42-17301-1
FBI/DOJ

48 - NUMBER OF PERSONS AUTORIZED

45-2401-100

47. DUE TO THE...

पुनर्प्राप्ति

0408050578
5825

22.8

W 496



Clínica
Cirurgia

270819

Paciente: MAURO MARIOL

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA

Tipo de Intervenção

MEDICAÇÕES PRE-OPERATÓRIAS

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO

Cirurgião: DR. ALBERTO

1º AUXILIAR

2º AUXILIAR

INSTRUMENTAÇÃO

3º AUXILIAR

ANESTESIA

ANESTESIAS

ANESTÉSICO

INÍCIO

TEMPO

ENCERRA

RELATÓRIO CIRÚRGICO

OS DOIS DE MAURO MARIOL

1) Paciente em posição de

2) ACESSO FANTASIA + GROSSO

3) ACESSO MARIOL + RESCUE +

4) RX

Dr. Mauro Mariol
Cirurgião
CRM 1655
RQE 610



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

44 anos

NOME DO PACIENTE

APT OU LEITO

Nº DO PRONTUÁRIO

DATA

27/10/2019

Sala 04
Cláudia Regina de Almeida Silva

CIRURGIA

TEMPO DE DURAÇÃO

TEMPO TOTAL

INICIO

FIM

EQUIPE MÉDICA

ANESTESISTA:

RES. ANESTESIA:

INSTRUMENTADOR

Dr. Miched
R. A. Bruno
Jonk

Osteossíntese de tornozelo
Direto

CIRURGIÃO
Dr. Alberto

1º AUXILIAR

Dr. Vitor Paracat

2º AUXILIAR

CIRCULANTE

Beisam/Cláudia

TIPO DE ANESTESIA:

Raqui

QUANT

MATERIAIS

VALOR

QUANT

MEDICAMENTOS

VALOR

PCT'S COMPRESSAS C/ 03 UNID.

PACOTES GAZA

LUVA ESTÉRIL 7.0

LUVA ESTÉRIL 7.5

LUVA ESTÉRIL 8.0

LUVA ESTÉRIL 8.5

LUVAS P/ PROCEDIMENTOS

LÂMINA BISTURI Nº 20

DRENO DE SUÇÃO Nº

DRENO DE TORAX Nº

DRENO DE PENROSE Nº

SERINGA 01ML

SERINGA 03ML

SERINGA 05 ML

SERINGA 10ML

SERINGA 20ML

FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 250ml

FRASCOS- SORO RINGER LACTADO

FRASCOS- SORO GLICOSADO

FIO VICRYL Nº

FIO MONONYLON Nº 1/0

FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº

FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº

FIO CATGUT SIMPLES Nº

FIO CATGUT CROMADO Nº

FIO PROLENE Nº

FIO SEDA Nº 4/0 30cm

SURGICEL

CERA P/ OSO

KIT CATARATA Nº

GEOFOAM

FTTA CARDIACA

OUTROS:

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS

INSTRUMENTADOR(A)

ENFERMEIRA CHEFE

Stefanig

FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS

CIRCULANTE DE SALA

Beisam

Cláudia

DEBITAR NA C.C DO PACIENTE

MATERIAL MEDICAMENTOS

SUB- TOTAL

TAXA DE SALA

TAXA DE ANESTESIA

SOMA

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE



ESTADO DE RORAIMA

CAUTEIA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento:

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

Especialidade:

Ortopedia

Procedimento Realizado:

Osteossíntese de tornozelo

Nº do Procedimento:

27.08.19

Nome do Paciente:

Gláucia Regina A. Silva

Ela:

Internação:

Posto 1

Leito:

68

Nº de Sala:

Cirurgião de Sala:

Elisavira Claudemir

CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:

Dados dos materiais/Serviço

Dados Adicionais:

Hospital Geral de Roraima

Empresa

ITEM

DESCRIÇÃO DO ITEM

UNID.

QUANT.

MARC.

Parafuso espessura 50 cilíndrico

01

Parafuso espessura 50 hexa total

01

Arruela nº 12

01

MÉDICO ORÇÃO:

Dr. Vitor Ponack

MÉDICO RESPONSÁVEL:

Tanke

CÓDIGO DE BARRAS:

CÓDIGO DE BARRAS:

Qualquer referência Roraima
 Av. Edgardo Hebelein, S/nº, 66200-000, Boa Vista - Roraima
 CEP 66200-000, Boa Vista - Roraima
 Fone: (068) 911 121 121
 E-mail: roraima@roraima.gov.br

68 (corredor)

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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: _____ DIH: 20/08/2019 DN: 11/10/1974

PACIENTE: GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA

AGNÓSTICA: FRATURA DE MALEOLO MEDIAL D

ALÉRGICAS: _____ HAS: _____ NEGA: _____ DM2: _____ NEGA: _____
 IDADE: 44 LEITO: 68-A DATA: 27/08/19

ITEM: _____ PRESCRIÇÃO: _____ HORÁRIO: _____

1. DIETA ORAL LIVRE ATÉ AS 10H. CIRURGIA HOJE À NOITE
2. ACESSO VENOSO PERIFÉRICO
3. SF 0.9% 500ML EV 8/6H
4. DAPIRONA 500MG EV DE 8/6H
5. TILATIL 20MG EV DE 12/12H
6. TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTEN
7. NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4
8. OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA
9. METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/6H S/N
10. SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8h S/N
11. TRAMAL 100MG VO DE 8/8H S/N
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____
16. CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG
17. SSVV + CCGG 8/6 H
18. CURATIVO DIÁRIO
19. _____
20. _____
21. _____

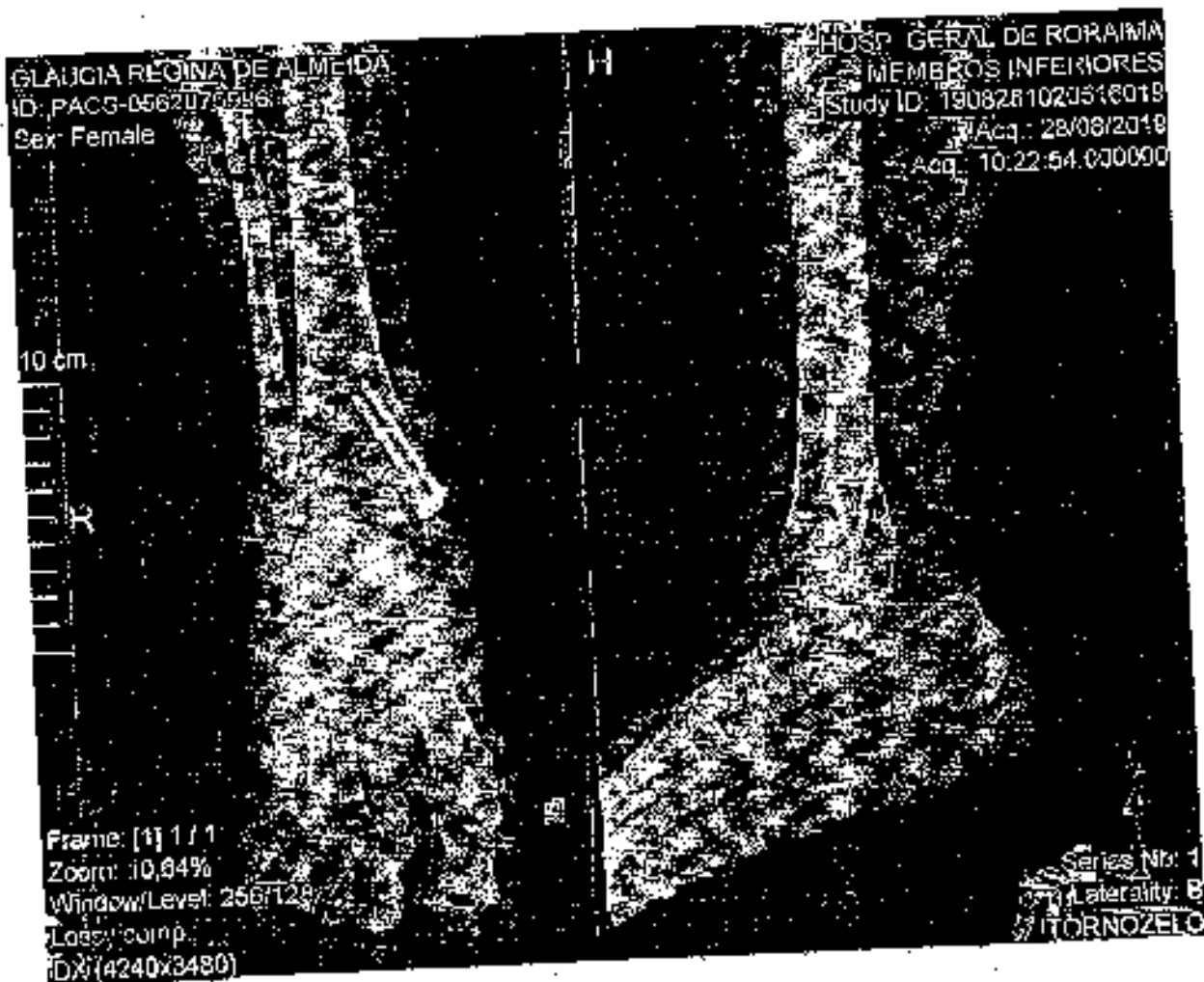
Handwritten notes:
 TRANSFERIDO
 27/08/19
 12:00 - 24:06
 SUSPENSO

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (8C). 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, SEM QUEIXAS AGUDAS.
 EXAME FÍSICO: REG, ACIANÓTICO, ANICÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, ADIMICORADO, HIDRATADO, COM PULSOS PERIFÉRICOS PRESERVADOS, FM USO DE TALA BOTA D, AGUARDA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA E RISCO CIRÚRGICO.
 II SOLICITANDO:
 II CONDIÇÃO: MANTIDA
 II PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 II PREVISÃO DE ALTA:

Handwritten signature:
 Dr. Dalton Brito
 Médico - Ortopedia e Traumatologia
 27/08/19

SINAIS VITAIS			
8 H	PA	FC	OT
12 H	120x85	80	36.10
18 H	130x85	72	35.90
24 H			



Exponção 4,0

ANESTESIA E VERIFICACAO DE SEGURANCA DO CIRURGIAO ANESTESISTA

ANTES DA INICIO

Nome: Colman Walter Sten Arantes
 Assinatura: Walter Sten Arantes

Assinatura: Walter Sten Arantes
 Assinatura: Walter Sten Arantes

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERACOES

Assinatura: Walter Sten Arantes

Assinatura: Walter Sten Arantes

DE PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM
 OU DA EQUIPE MEDICA CONFIRMARAM
 VERBALMENTE COM A EQUIPE:

☒ Sim ☐ Não
☒ Sim ☐ Não

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA
 EQUIPE SE AVISEM VERBALMENTE PELO NOME E
 FUNCAO. ☒ Sim ☐ Não

1. O NOME DO PROCEDIMENTO
 REGISTRADO ☒ Sim ☐ Não

☒ Sim ☐ Não se aplica

2. SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS
 CIRURGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS
 SAO CORRETAS ☒ Sim ☐ Não se aplica

☒ Sim ☐ Não se aplica

3. COMO A AMOSTRA PARA ANALISE
 PATOLOGICA ESTA IDENTIFICADA
 INCLINDO O NOME DO PACIENTE? ☒ Sim ☐ Não se aplica

☒ Sim ☐ Não se aplica

SE HA ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
 PARA SER RESOLVIDO ☒ Sim ☐ Não

☒ Sim ☐ Não se aplica

SE HA ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
 PARA SER RESOLVIDO ☒ Sim ☐ Não

☒ Sim ☐ Não se aplica

SE HA ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
 PARA SER RESOLVIDO ☒ Sim ☐ Não

☒ Sim ☐ Não se aplica

SE HA ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
 PARA SER RESOLVIDO ☒ Sim ☐ Não

☒ Sim ☐ Não se aplica

SE HA ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
 PARA SER RESOLVIDO ☒ Sim ☐ Não

☒ Sim ☐ Não se aplica

SE HA ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
 PARA SER RESOLVIDO ☒ Sim ☐ Não

☒ Sim ☐ Não se aplica

SE HA ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
 PARA SER RESOLVIDO ☒ Sim ☐ Não

☒ Sim ☐ Não se aplica

SE HA ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
 PARA SER RESOLVIDO ☒ Sim ☐ Não

A-68

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE	CIVIL 12.06.19			
AGNOSTO	HAS			
ALERGIAS	LEITO	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	PRESCRIÇÃO			
ITEM				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SIN
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			manha
3	SE 0.9% 500ML EV SIN			SIN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/8H			24 06 12 18
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA			06
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			UN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM			UN
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 0/8 h			24 06 14
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H SIN			24 06 12
10	CLINDAMICINA 600MG EV 6/8H			06 40
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H			
12	ALERGIA (FAS)			
13				
14				
15				
16	CAPTAPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 e OU PAD > 110 MMHG			manha
17	SBVV + CCGG 6/8 H			curativo
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 OU GLICOSE ≤ 70
 DI 1ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:
 RECONHEÇO PACIENTE DEBILITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
 EXAME FÍSICO: BSG, ACANOTICO, ANICOTICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.
 SOLICITAÇÃO: RX: RCONDUZ: MANTER
 PROFISSÃO DE CIRURGIA:
 PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Alberto Ferreira de Souza
 Médico Ortopedia e Traumatologia
 CRM/RJ 1617
 Título Especialista: 12803

Vitor Parafat Santiago
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM/RJ 1635
 RQE 610

MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H	120x80	81	
6 h	120x80	89	

Data: 27/08/19

SARPA

Atualizado pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente - NQSP/UFGR em 03/2010

NOME		GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA	
LOC. DE NASC.	VITORINO FREIRE	UF	MA
FILIAÇÃO		FRANCISCO DE ALMEIDA SILVA	
		ROSILDA DE ALMEIDA SILVA	
DOC. APRESENTADO	R.G. 114115 SESP RR		
ESTADO CIVIL		SOLTEIRO	

LEI Nº 5.049, DE 18 DE MAIO DE 1995.			
RG	114115	CNH	
T. ELEITOR	1788222615	SEÇÃO	0121
		ZONA	005
NATURALIZADO PORT. M. J. Nº		DATA	
LOCAL DA EMISSÃO		DRT/RR	
13/10/2004		<i>Roberto</i>	
DATA DA EMISSÃO		ASSINATURA E CARIMBO DO EMISSOR	

QUALIFICAÇÃO CIVIL	
02	



MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

124.45185.94-9

NÚMERO

2642523

SÉRIE

001-0

UF

RR

Glauvia Regina de Almeida Silva

ASSINATURA DO TITULAR



IDENTIFICAÇÃO



IMPRESSÃO DIGITAL



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 30.232 DATA DE EXPEDIÇÃO 17/07/2002

NOME LUANA AMORIM LE SOUZA LOPES

FILIAÇÃO ERNESTO ALVES DE SOUZA / LIDIA FREIRE AMORIM

NATURALIDADE EOA VISTA-RR DATA DE NASCIMENTO 14/03/1971

DOC ORIGEM CC:3766 F.260 L.E-12 EOA VISTA-RR.

CPF 294316382 - 13

Ramiro Francisco da Silva Junior
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N.º 7.116 DE 29/08/83

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

561416

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0411480/19

Vítima: GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA

CPF: 383.065.812-53

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/08/2019

Titular do CPF: GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
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

GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA : 383.065.812-53

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: 22/11/2019
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/11/2019
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: 3190652390 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA **Data do acidente:** 20/08/2019 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO MEDIAL DE TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO DIREITO.

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 TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 17/18/23_CIRURGIA / PÁG. 28_LAUDO MÉDICO.

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 tornozelo	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: 3190652390 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA **Data do acidente:** 20/08/2019 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO MEDIAL DE TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO DIREITO.

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 TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 17/18/23_CIRURGIA / PÁG. 28_LAUDO MÉDICO.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA

Identidade: 114115 SSP/RR CPF: 383.065.812-53

Naturalidade: VITORINO FREIRE/MA **Nacionalidade:** BRASILEIRA

Estado Civil: SOLTEIRA **Profissão:** AUTÔNOMA

Endereço: AV JARDIM, 580 B05 A203 – JATOBÁ CIDADE SATÉLITE / CEP: 69.317-529

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

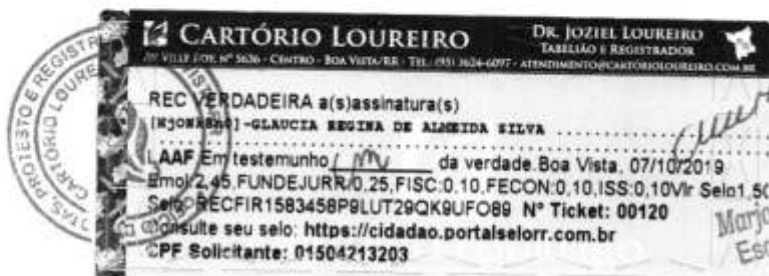
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante: a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT; HOSPITAL GERAL DE RORAIMA; CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO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

Boa Vista-RR, 11 de setembro de 2019.

GlauCIA Regina de Almeida Silva

Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)



Marjory C. C. Esbell Briglia
Escrevente Autorizada
Cartório Loureiro

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0411480/19

Vítima: GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA

CPF: 383.065.812-53

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 20/08/2019

Titular do CPF: GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
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

GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA : 383.065.812-53

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: 22/11/2019
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/11/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Rio de Janeiro, 25 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190652390

Vítima: GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA

Data do Acidente: 20/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA

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, 11 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190652390

Vítima: GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA

Data do Acidente: 20/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA

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 tornozelo 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: GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 000003200-2

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, 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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 38306581253 4 - Nome completo da vítima: GLAUCIA REGINA DE A. SILVA

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

5 - Nome completo: GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA 6 - CPF: 38306581253
7 - Profissão: AUTÔNOMA 8 - Endereço: AV. JARDIM B05 A203 9 - Número: 580 10 - Complemento:
11 - Bairro: CID. SATELITE 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estados: RR 14 - CEP: 69317529
15 - E-mail: LUANNA.SOUZAA71@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 9599116836

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 00003200 2

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 Líder 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: 30 - Vítima deixou nascituro (vairascor)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA, 14/11/2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 033896/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 07/10/2019 08:44 Data/Hora Fim: 07/10/2019 09:01
Origem: Polícia Judiciária Data: 07/10/2019
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 20/08/2019 07:10

Local do Fato

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

Bairro: União

Ponto de Referência: Ponte
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: MA - Vitorino Freire Sexo: Feminino Nasc: 11/10/1974
Profissão: Aposentado Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Rosilda de Almeida Silva Nome do Pai: Francisco de Almeida Silva

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 383.065.812-53

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Avenida Jardim
Complemento: Cond. Jatobá / Bloco 05 / Apart.:203 / Vila Jardim
Bairro: Cidade Satélite
Telefone: (95) 99168-4270 (Celular)

Nº: 580

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 040.386.143-87

Renavam 00733297412

Número do Chassi 9C2HA0710YR227997

Cor VERDE

Município Veículo Boa Vista

Modelo HONDA/C100 BIZ ES

Quantidade 1 Unidade

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NAH-9304

Número do Motor HA07E-Y227997

Ano/Modelo Fabricação 2000/2000

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo HONDA/C100 BIZ ES

Veículo Adulterado? Não

Situação Meio Empregado

Nome Envolvido

Glaucia Regina de Almeida Silva

Envolvimentos

Possuidor



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 07/10/2019 09:01
Protocolo nº: Não disponível



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 033896/2019

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante que não é habilitada compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava na motocicleta também descrita acima e que está em nome de MANOEL BOTELHO SALES e tendo como passageira na garupa sua Filha OTÍLIA GABRIELA DE ALMEIDA SILVA (11 ANOS). Que colidiu em um ciclista de Nacionalidade Venezuelana, que atravessou a via de maneira inesperada e sem a devida atenção. Que sofreu lesões corporais e foi resgatada pelo SAMU até o HGR e OTÍLIA apenas sofreu escoriações leves. **QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É o registro.**

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia Civil
Mat. 042000908

07 OUT. 2019

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000908
Responsável pelo Atendimento

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDO

Glaucia Regina de Almeida Silva
Glaucia Regina de Almeida Silva
(Envolvido / Vítima / Comunicante)

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



FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 1674 -



EQUIPE SAMU BV

UNIDADE BRAVO I

EQUIPE: Sec. Taciana / Leão / Elton
concl. Bispo

Paciente: GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA Idade: 44.ª Sexo: FEM

Nacionalidade: Brasileira Raça: Branca ☒ Negra ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena-Etnia ☐

Endereço: Av. Carlos Pereira de Melo Bairro: União

Nº 14.143 DATA 20/08/2019 HORA J/B: 07:25 BASE ☐ VIA ☒ RÁDIO ☐Médico (a) Regulador (a): Dr. Alisson HORA J/10: 07:38 ☒ CELULAR ☐

MOTIVO INICIAL: moto x bicicleta.

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora ☒ 1 a 3 horas ☐ 4 a 24 horas ☐ Mais de 24 horas ☐ Não sabe ☐

TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA

- | | | | |
|--|--|---|--|
| ☒ Acidente de trânsito | ☐ Urgência psiquiátrica | ☐ Queimadura | ☐ Urgência obstétrica |
| ☐ Agressão física / espancamento | ☐ Tentativa de suicídio | ☐ Choque elétrico | ☐ Transferência |
| ☐ Agressão física - FAF | ☐ Envenenamento | ☐ Queda | ☐ Exame complementar |
| ☐ Agressão física - FAB | ☐ Afogamento | ☐ Urgência clínica | ☐ Outros |

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VITIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO	OUTRA PARTE ENVOLVIDA	ITENS DE SEGURANÇA
☐ Pedestre ☒ Condutor ☐ Passageiro ☐ Ignorado	☐ A pé ☐ Automóvel ☒ Motocicleta ☐ Bicicleta	☐ Ônibus ☐ Micro-ônibus ☐ Outro	☒ Capacete retirou ☐ Cinto de segurança ☐ Airbag ☐ Assento para criança

AVALIAÇÃO INICIAL

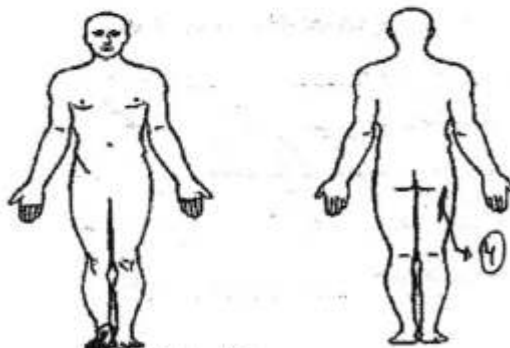
VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA
☒ Livre ☐ Obstrução Parcial ☐ Obstrução Total ☐ Corpo estranho ☐ Outro:	☐ Apnéia ☐ Dispnéia ☐ Bradpnéia ☐ Taquipnéia	☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico ☐ Enchimento capilar acima de 2" ☐ Pulso radial ausente ☐ Pulso central ausente ☐ Cianose central ☐ Extremidade	☐ Miose ☐ Midriase ☐ Anisocoria ☐ D ☐ E ☐ Aparentemente Alcoolizado ☐ Agitação psicomotora

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Início 07:24	120/80	80	23	97	-	-	-	15
Fim 08:46	120 x 90	86	23	99	-	-	-	15

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

LESÃO IDENTIFICADA	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
1 - Dor 2 - Hematoma 3 - Contusão 4 - Escoriação 5 - Laceração 6 - Luxação 7 - Fratura fechada 8 - Fratura exposta 9 - Amputação 10 - Evisceração 11 - Afundamento de crânio 12 - Ferimento penetrante 13 - Tórax instável 14 - Enfisema subcutâneo 15 - Ferida aspirativa 16 - Empalamento 17 - Outros	☒ Espontânea 3 - Ao comando 2 - À dor 1 - Sem resposta	☒ Orientado 4 - Confuso 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Sem resposta	☒ Obedece a comandos 5 - Localiza a dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Sem resposta



AVALIAÇÃO CARDÍACA

☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia Sinusal ☐ Flutter Atrial ☐ Fibrilação atrial	☐ FV ☐ TV ☐ AESP ☐ Asistolia	☐ Neurológica ☐ Respiratória ☐ Cardiovascular ☐ Digestiva	☐ Metabólica ☐ Infecçiosa ☒ Trauma ☒ Intoxicação	☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☐ HAS ☐ Medicação de uso	☒ Alergias ☐ Outros
---	---	--	---	--	---

GRAVIDADE COMPROVADA

☒ Ileso ☒ Pequena ☐ Média ☐ Severa ☐ Óbito

HISTÓRIA PEGRESSA

☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia Sinusal ☐ Flutter Atrial ☐ Fibrilação atrial	☐ FV ☐ TV ☐ AESP ☐ Asistolia	☐ Neurológica ☐ Respiratória ☐ Cardiovascular ☐ Digestiva	☐ Metabólica ☐ Infecçiosa ☒ Trauma ☒ Intoxicação	☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☐ HAS ☐ Medicação de uso	☒ Alergias ☐ Outros
---	---	--	---	--	---

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

SAMU 192 BV
CONFERE COM ORIGINAL

Em 06/09/19

☐ Bombeiro
☐ Outros: Stephanie

☐ Cancelamento
☐ Recusa de Atendimento ☐ Hospitalização

☐ Polícia Militar
☐ Guarda Municipal

Assinatura e carimbo do profissional

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: 04/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000003200-2

Nr. da Autenticação 72F2F5658BA31EC0

**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: 4007657

NAYRA ALICE LACERDA PEREIRA

AV JARDIM, 580 , B05 A203-JATOBA

CIDADE SATELITE 69317529 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1340190	11/2019	14-OCT-19 a 11-NOV-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
152	01-DEC-19	R\$ 176,96

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
1340190	11/2019	R\$ 176,96

836400000011.769600750004.000000001347.019011190055





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

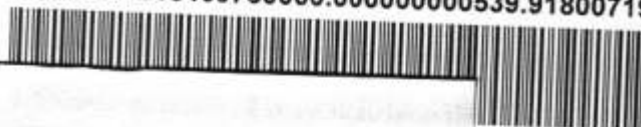
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 539180	MÊS 07/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 441,84
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836300000046.418400750000.000000000539.918007190054



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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu **LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES** inscrito (a) no CPF nº 294.316.382-15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA** inscrito(a) no CPF sob o nº **383.065.812-53** do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da vítima **GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA** inscrito (a) no CPF sob nº **383.065.812-53**, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

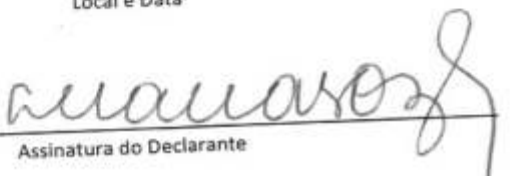
☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____

☒ 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 CARANÃ	Cidade BOA VISTA	Estado RR	CEP 69.313-572
Email luanna.souza71@hotmail.com		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) (095) 99116.8367

Boa Vista-RR, 14/11/19
Local e Data


Assinatura do Declarante

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu **LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES** inscrito (a) no CPF nº 294.316.382-15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA** inscrito(a) no CPF sob o nº **383.065.812-53** do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da vítima **GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA** inscrito (a) no CPF sob nº **383.065.812-53**, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

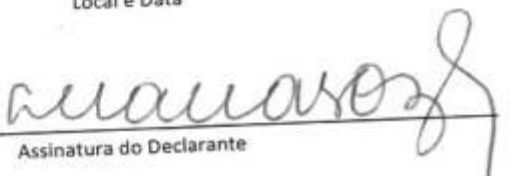
☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____

☒ 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 CARANÃ	Cidade BOA VISTA	Estado RR	CEP 69.313-572
Email luanna.souza71@hotmail.com		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) (095) 99116.8367

Boa Vista-RR, 14/11/19
Local e Data


Assinatura do Declarante