



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

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

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

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

1000
Raquel L.

Téc. Enferm

CRM-RR 001

1000

1901136177 15/07/2019 21:30:06

FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA

NOTURNO 19-

Paciente
ANTONIO PINTO DE ALMEIDA

Data Nascimento

Idade

CNS

CPF

Prontuário

Tipo Doc Documento

Órgão Emissor Data Emissão

Sexo

Estado Civil

Raça/Cor

Naturalidade

38319055253

Nacionalidade

IDENTIDADE 89226

SSP/MA

17/10/1997

M

SOLTEIRO(A) PARD

BARRA DO CORDA -

BRASILEIRA

Mãe

Pai

MA

Contato

MARIA DE JESUS PINTO

RAIMUNDO PAIVA DE ALMEIDA

(95) 99135-6267

Endereço

Ocupação

NÃO INFORMADA

RUA - J-T-1-A - 323 - OLIMPICO - BOA VISTA - RR

Class. de Risco

Plano Convênio

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

VERDE

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Motivo do Atendimento

Caráter do Atendimento

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso Pressão

SPA - PRONTO ATENDIM

URGÊNCIA

Setor

Tipo de Chegada

Procedimento Sol.

36.70

130 x 9

PRONTO ATENDIMENTO

DEMANDA ESPONTANEA

Registrado por:

JACKSON.SADOVSKI

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril

☐ Sintomático Respiratório

☐ Suspeita de Dengue

PACIENTE ENCAMINHADO DO HCS SIC ENCAMINHAMENTO MEDICO O MESMO
APRESENTA FRATURA NA APÓFISE 1ª METACARPO MÃO DIREITA. O MESMO RELATA DE
MOTO NO DIA ANTERIOR

anamnese de Enfermagem
nega alergia, HAS, DM

GSC

TOTAL

AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO-X

☐ ULTRA-SON

☐ TC

☐ SANGUE

☐ URINA

☐ ECG

☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☐ Transferência para:

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não

Destino: ☐ Família

☐ IM, Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: eduardo.portela
Data Hora: 15/07/2019 21:45:42

© 2018
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308
Fone: +55 91 3511-1000



1901136177

NIR

Transf: 17/07/19


 Sistema
Único de
Saúde

 Ministério
da
Saúde

NIR

 FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

2 - ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

André de Jesus

4 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8918101032114344613

5 - DATA DE NASCIMENTO

07/11/72

6 - N° DO PRONTUÁRIO

173591

7 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Mariana de Jesus Pinto

8 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua - JT 1 - A 323 Olímpico

9 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

10 - COD. IBGE MUNICÍPIO

140210

11 - UF

RN

12 - CEP

51167-5

13 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Ex de Rhabdo

14 - HISTÓRICO DA INTERNAÇÃO

TB curado

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

Dro + E f

16 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Ex de Rhabdo

17 - CID 10 PRINCIPAL 18 - CID 10 SECUNDÁRIO 19 - CID 10 TERCIÁRIO

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Int.

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

22 - CLÍNICA

23 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

24 - DOCUMENTO

25 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

27 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

28 - ASSINATURA

Patrick RABELO José

16/07/19

Patrick RABELO José

Ortopedia e Traumatologia

CRM 1383 RDE 164

29 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

30 - CID 10 DA CAUSA

31 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

32 - CNPJ EMPRESA

33 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

34 - CNAE DA EMPRESA

35 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

36 - CBO

37 - EMPREGADO

38 - EMPREGADOR

39 - AUTÔNOMO

40 - DESEMPREGADO

41 - APOSENTADO

42 - NÃO RESPONDE

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

16/07/19

0301060088

2039

SD RG



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE <i>Antônio Pinto de Almeida</i>			
AGNÓSTICO <i>Antônio Pinto de Almeida</i>			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO	DATA	NEGA
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		<i>manter</i>
3	SF 0,9% 500ML EV S/N		
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		<i>06:12:18:24</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA		<i>06:12:18:24</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		<i>S/N</i>
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4		<i>S/N</i>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h		<i>04:12:20</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H		
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H		<i>04:16</i>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		<i>06:12:18:24</i>
13	SSVV + CCGG 6/6 H		
14	CURATIVO DIÁRIO		<i>Cicuta</i>
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			

Patrick RABELO José
CBO 3520
Osteodermatologista
CRM 1353 ROR

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:
ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Bríg. Eduardo Gomes, S/N
Nova Planície - Tel (68) 3121-0500
ALTA
07 JUL 2019
Sheila

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H				
04 JUL	150/90	74	=	36.6

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Realizada Visita e Orientação

[Signature]
30/07/2019

Presença de ...
14:00hs Eja ...

BE 5/

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	ANTONIO PINTO DE ALMEIDA.				
AGNOSTIC					
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO		DATA	16/07/19	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL-LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Manten
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				18h 24h 30h 42h
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				SN
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				SUSPENSO.
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				SUSPENSO.
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
13	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotine
14	CURATIVO DIÁRIO				(SN) - Rotine
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: SEG, ACIANÓTICO. ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEÍCO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	100x70	66	
18 H	120x80	79	
24 H			

36,2°C

MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



Realizado SSVV às 18:00hrs.

João Carlos Gomes de Carvalho
Técnico de Enfermagem
CRM 655.958 - TE

Antonio Pinto

HC

B. e



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



PRESCRIÇÃO MEDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

Antonio Pinto de Almeida

AGNOSTIC

F+ 1º GRUPO

ALERGIAS

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

DATA

17/7/18

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

ACESSO VENOSO PERIFERICO

3

SF 0,9% 500ML EV S/N

4

DIPIRONA 500MG EV 6/6H

5

OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA

6

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

7

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

8

SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h

9

METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N

10

CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H

11

CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H

12

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

13

SSVV + CCGG 6/6 H

14

CURATIVO DIÁRIO

15

16

17

18

19

20

21

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

EVOLUÇÃO MEDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANOTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,

NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO: RX: # CONDUITA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Marcos Aguiar
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1995

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	TRX	DXT
12 H	120x86	81	36,4	89
18 H				
24 H				

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Roraima, S/N
1600 Fátima Tel: (65) 2121-0620
HOSPITALIZAÇÃO

03 OUT 2018

Shete

Certificado de Atestado de Falecimento
Cópia é fornecida ao Original
para registro no Departamento de Registro Civil



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/WILSON FRANCO HC

Eu Antonio Pinto de Almeida

CPF nº _____

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual (is) serei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico- assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferencia para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

- Cirurgias pré-agendadas;
- Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
- Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;

5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clinico e especializado;

6.) Confirmo que recebi explicações, li, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, _____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do paciente: _____

Responsável: _____

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº: _____

Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico.

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s)/ procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/ responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, _____ de _____ de 20 ____ . Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

CRM _____ / _____

Assinatura/carimbo do Medico Regulador _____

Nome: **ANTONIO PINTO DE ALMEIDA**

Data de Nascimento: 07/11/1972

Data de admissão (HC): 17/07/2019

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA DE PRIMEIRO QUIRODACTILO DIREITO

Admito paciente do sexo masculino, 46 anos, encaminhada do Hospital Geral de Roraima, onde deu entrada através do PAAR no dia 15/07 vítima de acidente de moto, apresentando Fratura do 1 QDT mão direita. Aguardando cirurgia encaminhado no dia de hoje ao HC para continuidade do tratamento.

Nega comorbidades (HAS, DM) Nega alergia medicamentosa. Nega hemotransfusão sanguínea.

Em tempo: Paciente informa discreta dor em MSD. Nega febre, formigamento/mudança de temperatura do local afetado. Funções fisiológicas preservadas. Nega outras queixas. Ao exame físico encontra-se em bom estado geral, lúcido e orientado em tempo e espaço, corado, hidratado, eupnéico em ar ambiente.

AC: RCR em 2T, BNF sem sopro AR: MV bilateralmente, sem ruídos adventícios.

Abdome: flácido, RHA+, indolor a palpação superficial e profunda, sem visceromegalias e sinais de irritação peritoneal.

Extremidades com boa perfusão periférica < 3 segundos, sem edemas. Panturrilhas livres.

Pulsos cheios e simétricos. Membro superior direito imobilizado pela Ortopedia

Neurológico: Glasgow 15, sem sinais focais, pares íntegros. Força muscular preservada.

CONDUTA: Suporte clínico. Solicito exames laboratoriais de controle.

Boa Vista, 17 de julho de 2019



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE CLÍNICA DA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA HOSPITAL DE CLÍNICAS

DATA DE ADMISSÃO		17/07/2019	DIH		DN
PACIENTE	ANTONIO PINTO DE ALMEIDA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA 1º METACARPO MÃO DIREITA				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	
IDADE		LEITO	339	DATA	17
ITEM	PRESCRIÇÃO				
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	SF 0,9 % 500 ML EV S/N				
4	OMEPRAZOL 40 MG EV 1 X DIA				
5	DIPIRONA 500 MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6 H				
6	TRAMAL 100MG+SF0,9%100ML EV DE 8/8 H SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	NALBUFINA 10 MG+100 ML SF 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 6				
9	SIMETICONA 40 GOTAS VO DE 8/8 H				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SN 15
monte
su
206
206
su
su
M
M
M

17/07/2019

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	120/80	64	19	36,1	normal
12 H					
18 H					
24 H	130/70	75	19	36	+ + fex + leste

MANHÃ:

EXERCÍCIO ENFERMEIRO

DATA / HORA

MANHÃ:

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

DATA / HORA

TARDE:

DATA / HORA

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

TARDE:

DATA / HORA

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

NOITE:

DATA / HORA

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

NOITE:

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:
DATA 17/07 HORA 00

Paciente no 2ºito Suicida e Obeso com
 sintomas com ans. sem quadros no momento
 de avaliação com 180kg. mas foi dada
 medicação (medicação para aliviar a
 ansiedade).

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

Medeiros V. Alves dos Santos
 Técnico de Enfermagem
 COREN-RR 663.305-7E
 ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HC

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE ANTONIO PINTO DE ALMEIDA					
AGNÓSTICO FX 1 MTC MÃO D					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	339	DATA	18/7/2019
PRESCRIÇÃO					
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				mon
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV OU 01 CP 50MG VO DE 8/8h				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H SN				SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN				SN
10	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
12	CURATIVO DIARIO SN				SN
14	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
15					
16					
17					
18					
19					
20					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E AFEBRIL
AR: MVF SEM RA
AB: SEM ALTERAÇÕES
MEMBROS COM PULSOS + E BOA PERFUSÃO
SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS
CD: MANTIDO SUPORTE CLINICO
PROGRAMA EM AGUARDANDO DE CIRURGIA ORTOPEDICA

EXAMES V	PA	FC	FR	TEMP			
6 H	120/60	70		36	+	-	
12 H	110/70	66	19	36,8°C	+	+	
18 H	120/70	72	18	36,8	+	-	
24 H	130/70	60		36°	+	-	

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Antonio Pinto de Almeida SEXO: () M () F IDADE: _____ PESO: _____ KG. LEITO: 339 HD: _____

DATA: 28.07.19

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL: SIM () NÃO ()			
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()			
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO ()			
DRENOS? SIM () NÃO ()			

LESÕES



IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

- 1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO
 ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
() RISCO DE INFECÇÃO	() MANter Vias Aéreas PÉRVIAS
() PARÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() REALIZAR CUIDADOS COM VAS
() INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H
() TROCA GASOSA PREJUDICADA	() MANter MONITORIZAÇÃO
() ANSIEDADE	() MANter CABECEIRA ELEVADA _____
() MEDO	() ASPIRAR VAS /TQT _____
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ	() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA
() RISCO PARA NUTRIÇÃO Desequilibrada	() ATENtar PARA QUEIXAS ALGÍCAS
() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() OBSERVAR PERUSO PERIFÉRICA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	() MANter ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS	() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H
() FADIGA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() RISCO PARA QUEDAS	() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() RISCO PARA LESÃO	() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
() AUTOESTIMA PERTURBADA	() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
() DIARREIA	() MANter JEJUM A PARTIR DAS: _____ H
() CONSTIPAÇÃO	() REALIZAR DEXTRO _____ HORAS
() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÇÃO
() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO	() ORIENTAR AUTOCUIDADO
() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	() REALIZAR BANHO NO LEITO
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ H
() DOR	() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() HIPOTERMIA	() PREPARAR PARA EXAMES EM: _____
() HIPERTERMIA	() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() ESTIMULAR DEAMBULACÃO
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO	() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
() DEGRADUACÃO PREJUDICADA	() OUTROS
() CONFORTO PREJUDICADO	
() DEBILIDADE PREJUDICADA	
() INTELIGÊNCIA PREJUDICADA	

- NÍVEL DE CONSCIENTIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO
 PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÁTICA
 ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINuíDA
 VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS
 HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA
 OBS: _____
 TORÁX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO
 EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
 RÍTIMO INSPIRATÓRIO: () SIM () NÃO
 FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO
 MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES
 TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
 RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTÉRTORES () SIBILOS
 CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:
 () HÍDRATA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
 () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () JACROCIANÓTICA
 TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA
 APARELHO CARDIOVASCULAR
 RÍTIMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
 PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA
 PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARÍTMICO () FILIFORME
 PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO ()
 LOCAL DO PULSO: _____
 APARELHO GASTROINTESTINAL
 APETITE: () NORMAL () DEPRIMIDO () AUMENTADO
 RÚMUS: () AUSENTES () PRESENTES
 ABDOME: () FLÁCIDO () EXISTENTE () TÊNDO () AGUDO () VAGO PALPÁVEL
 INGESTÃO DE ALIMENTOS/LÍQUIDOS: () MODERADA () EXCESSIVA () COMESTIVAÇÃO () VÔMITOS
 APARELHO GENITURINÁRIO/OBSTETRIZ: () NORMAL () ANORMAL ()
 ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO

MANHÃ:

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

DATA / HORA

MANHÃ:

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

DATA / HORA

TARDE:

DATA / HORA

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

TARDE:

DATA / HORA

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

CRISTINA B. Castro
Técnica Enfermagem
COREN-PR 907.649

Paciente no 6to sem febre
qualidade 33% em sua
assimilada da seq. pe

ppha

Paciente segue em internação

ROSELENE FERREIRA DA SILVA
Téc. em Enfermagem
COREN-PR 907.649

NOITE:

DATA / HORA

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

NOITE:

DATA / HORA

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

Pt. seg. segue, segue com
dores de superfície

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HC

339

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE ANTONIO PINTO DE ALMEIDA

AGNÓSTICO FX 1 MTC MÃO D

ALERGIAS

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

339

DATA

19/7/2019

TEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

3

CEFALOTINA 1G EV 6/6H

4

TILATIL 20MG EV 12/12H

5

DIPIRONA 1G EV 6/6H SN

6

TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV OU 01 CP 50MG VO DE 8/8h

7

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

8

RANITIDINA 50MG EV 8/8H SN

9

SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN

10

CÁPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG

12

CURATIVO DIÁRIO SN

14

SSV + CCGG 6/6 H

15

16

17

18

19

20

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E AFEBRIL

1R: MVF SEM TA

AB: SEM ALTERAÇÕES

MEMBROS COM PULSOS + E BOA PERFUSÃO

SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS

CD: MANTIDO SUPORTE CLÍNICO

PROGRAMAÇÃO: NO AGUARDANDO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA

VAIS V	PA	FC	FR	TEMP	V	E	
6 H	120/80	65	16	36.5	+	-	
12 H	140/90	75	37	36.0	+	+	
18 H	130/90	69	17	36.0	+	+	
24 H	120/80	64	16	36.0	+	+	

SAE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: JOÃO CARLOS DE MOURA DATA: 28/07/2010 SEXO: M () F IDADE: 33 HD: 339

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL SIM ()	NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA

LESÕES



IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

- 1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO
 ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

- CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALÉRGICO () COMATOSO () DESORIENTADO
 PUPILAS: () REAGENTES () NÃO REAGENTES () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICAS
 ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINuíDA
 VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA
 OBS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

- EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
 DOR INSPIRATORIAL: () SIM () NÃO
 FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO
 MÚMURIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
 RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTES () RÍMOS () ESTERTORES () SIBILUS
 CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS: _____

- () HÍDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
 TEMPERATURA DA PELE: () NORMOTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

- RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
 PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINuíDA
 PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRITMICO () FEFORME
 PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
 LOCAL DO PULSO: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

- APETITE: () NORMAL () DIMINuíDO () AUMENTADO
 R.U.M.A.: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () V.M.G. PALPÁVEL
 ELIMINAÇÃO/QUANTIDADE/EPÍTIPO: _____
 () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MILENA

APARELHO GENITURINÁRIO/DIURSE

- () ESPONTÂNEA () ESTIMULADA ()
 () HEMATURIA () COLÚRIA () POLQUIRIA ()
 () EMBOLIA () DISURIA () LAMINARIA

DIAGNÓSTICO

- () RISCO DE INFECÇÃO
 () PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
 () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
 () TROCA GASOSA PREJUDICADA
 () ANSIEDADE
 () MEDO
 () ENFRENTAMENTO INEFICAZ
 () RISCO PARA NUTRIÇÃO
 () Desequilíbrio
 () MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
 () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
 () DESORSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
 () FADIGA
 () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
 () RISCO PARA Quedas
 () RISCO PARA LESÃO
 () AUTOESTIMA PERTURBADA
 () DIARRÉIA
 () CONSTIPAÇÃO
 () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
 () DEFICIT DO AUTO CUIDADO
 () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
 () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
 () DOR
 () HIPOTERMIA
 () HIPERTERMIA
 () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
 () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
 () DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
 () CONFORTO PREJUDICADO
 () DÉBITO CARDÍACO DIMINuíDO
 () OUTROS: _____

ALÉRGICO ?

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
 () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
 () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H
 () MANTER MONITORIZAÇÃO
 () MANTER CABECEIRA ELEVADA
 () ASPIRAR VIAS /TQT
 () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
 () ATENDER PARA QUEIXAS ALÉRGICAS
 () ATENDER PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
 () OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
 () MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
 () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H
 () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
 () VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
 () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
 () VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
 () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
 () MANTER JEJUM A PARTIR DAS: _____ H
 () REALIZAR DEXTRO _____ / _____ HORAS
 () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
 () ORIENTAR AUTOCUIDADO
 () REALIZAR BANHO NO LETO
 () REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO _____ H
 () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
 () PREPARAR PARA EXAMES EM: _____
 () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
 () ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
 () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
 () OUTROS

MANHÃ:

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

DATA: / HORA: :

MANHÃ:

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

DATA: / HORA: :

Paciente em estado de consciência, segue os cuidados de enfermagem.

TARDE:

ASS. E CARIMBO-ENFERMEIRO:

DATA: / HORA: :

TARDE:

ASS. E CARIMBO-TEC ENFERMAGEM:

DATA: 19/01/2018 HORA: 18:00

Paciente em estado de consciência, segue os cuidados de enfermagem.

Dayane S. Tosin

Técnico de Enfermagem
COREN-PR 911.041 TE

NOITE:

ASS. E CARIMBO-ENFERMEIRO:

DATA: / HORA: :

NOITE:

ASS. E CARIMBO-TEC ENFERMAGEM:

DATA: / HORA: :

Paciente em estado de consciência, segue os cuidados de enfermagem.

ASS. E CARIMBO-ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO-TEC ENFERMAGEM:



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ANTONIO PINTO DE ALMEIDA				
DIAGNÓSTICO	FX 1 MTC MÃO D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	339	DATA	20/7/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SN/D
3	CEFTIOXIMA 1G EV 6/6H				manhã
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H (SN)				SUSPENSO
6	TRAMAL 100MG + 100ML SE 0.9% EV OU 01 CP 50MG VO DE 8/8h				(S/N)
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H (SN)				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H (SN)				
10	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				(S/N)
12	CURATIVO DIARIO SN				(S/N)
14	SSVV + CCGG 6/6 H				(S/N)
15					
16					
17					
18					
19					
20					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

REG, EUPNEICO, NORMOCORADO E AFEBRIL
AR: MVE SEM RA
AB: SEM ALTERAÇÕES
MEMBROS COM PULSOS + E BOA PERFUSÃO
SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS
CD: MANTIDO SUPORTE CLÍNICO
PROGRAMA: EM AGUARDAMENTO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA

DATA	PA	FC	FR	TEMP		
5 H						
12 H	122/77	70	18	36.10	+	0
18 H	109x67	63	18	36	+	0
24 H	116x60	65		36.78	+	-

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Antonio Jato de Almeida

DATA: 20/07/19

SEXO: M () F

IDADE: _____

PESO: _____ KG.

LEITO: _____

HD: 339

ALÉRGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL: SIM () NÃO ()			
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()			

SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO () DATA: _____
DRENOS: SIM () NÃO () DATA: _____

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA - 6. EDEMA 7. AMPUTAÇÃO
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA PESCOÇO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINuíDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA

OBS:

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO
FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
MÚRMUROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSES: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:

() HÍDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA

TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
PULSO: () NORMOCÁRDICO () BRADICÁRDICO () TAQUICÁRDICO

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINuíDO () AUMENTADO
R. H. A.: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLACIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VING. P. A. V. E. L.
EROSÃO: () AUSENTE () PRESENTE () GASTROINTESTINAL () GASTROINTESTINAL () GASTROINTESTINAL

LESÕES

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO
() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
() TOCO GÁSOSA PREJUDICADA
() ANSIEDADE
() MEDO
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ
() RISCO PARA NUTRIÇÃO
() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
() FADIGA
() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
() RISCO PARA QUEDAS
() RISCO PARA LESÃO
() AUTOESTIMA PERTURBADA
() DIARRÉIA
() CONSTIPAÇÃO
() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO
() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
() DOR
() HIPOTERMIA
() HIPERTERMIA
() INTEGRIDADE
() PADRÃO DO CUID. PREJUDICADO
() DEGRAD. PREJUDICADA
() CONFORTO PREJUDICADO
() PERD. CAPAC. DESEMPENHO
() DOR

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H
() MANTER MONITORIZAÇÃO
() MANTER CABECEIRA ELEVADA _____
() ASPIRAR VAS. TQT _____
() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
() ATENDER PARA QUEIXAS ALGÍCAS
() ATENDER PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H
() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES
() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
() MANTER JEJUNA A PARTIR DAS: _____ H
() REALIZAR DEXTRO _____ HORAS
() EFICACIAR AO BANHO DE ASPERSÃO
() ORIENTAR AUTOCUIDADO
() REALIZAR BANHO NO LEITO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ H
() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() PREPARAR PARA EXAMES EM: _____
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() REALIZAR DEAMBULAÇÃO
() VERIFICAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ALIMENTAÇÃO
() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

MANHÃ

DATA

HORA

MANHÃ

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

DATA 20/05/2020

transfusão de sangue
bem tolerado no período
de 08h00 às 09h00.

Ass: [assinatura]
Prof: [assinatura]

TARDE:

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:
DATA / HORA

TARDE:

ASS. E CARIÓTIPO - TEC ENFERMAGEM:
DATA / HORA

NOITE:

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:
DATA / HORA

NOITE:

ASS. E CARIÓTIPO - TEC ENFERMAGEM:
DATA / HORA

Paciente calmo, orientado
e sem queixas.

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIÓTIPO - TEC ENFERMAGEM:

União Moura de Arago
Rua: [assinatura]
[assinatura]



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HC

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ANTONIO PINTO DE ALMEIDA				
AGNÓSTICO	FX 1 MTC MÃO D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	339	DATA	21/7/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SUSPENSO
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV OU 01 CP 50MG VO DE 8/8h				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H SN				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN				
10	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
12	CURATIVO DIARIO SN				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				
15					
16					
17					
18					
19					
20					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E AFEBRIL

AR: MVF STÁTICA

AB: SEM ALTERAÇÕES

MEMBROS COM PULSOS + E BOA PERFUSÃO

SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS

CD: MANTIDO SUPORTE CLÍNICO

PROGRAMAÇÃO: ALTA HOSPITALAR

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP			
6 H							
12 H							
13 H							
14 H							



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

Corredor
B/E

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/WILSON FRANCO - **HC**

38
339

Eu Antonio Puto de Almeida

CPF nº _____

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual (is) serei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

- 1.) fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico- assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferencia para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

- Cirurgias pré-agendadas;
- Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
- Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;

5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;

6.) Confirmando que recebi explicações, li, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do paciente: _____

Responsável: _____

1) Assinatura: X _____

Nome _____

CPF nº: _____

Grau de Parentesco: _____

E: Assinatura a seguir, deverá ser preenchido pelo médico.

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s)/ procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/ responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, _____ de _____ de 20____. Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

CRM _____ / _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RELATORIO MEDICO/NIR DE TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA/HC

DATA: 17/7/19
PACIENTE: Antonio Raulo de Almeida
DIAGNOSTICO(S): F-1-6A0 - (b) DN: 07/11/19

DH: / /
KANBAM: Dieta:
EXAMES ADMISSIOAIS (DATA / /): Hb: Ht: Ur: Cr:
Leuc: Seg: Plaquetas:
Na: K: Ca: Cl:
HCO₃: PH: BE: PO₂: PCO₂:
EAS:
CULTURAS (/ /):

IMAGEM:

EXAMES DE TRANSFERNCIA (DATA / /): Hb: Ht: Ur: Cr:
Leuc: Seg: Plaquetas: Na: K: Ca:
Cl: HCO₃: PH: BE: PO₂: PCO₂:
EAS:

IMAGEM:

ANTIBIOTICO

USADO

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIOTICO:

EXAMES/PROCEDIEMNTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUIDA:

Insulina

EVOLUÇÃO CLINICA:

Excordeiro programado 08/08

Boa Vista, 17 de 7 de 2019, Hora:

Assinatura/carimbo do Médico Assistente
Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda/HC

CRM: /

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM: /



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

1ª Classificação/Reclassificação
VERDE
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

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

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

Raquel L. Salda

Téc. Enfermagem

CRP-RR 001.058.49

16/07

1901136177

15/07/2019 21:30:06

FICHA DE ATENDIMENTO CLÍNICA MÉDICA

NOTURNO 19- 80

Paciente
ANTONIO PINTO DE ALMEIDA

Data Nascimento

Idade

CNS

CPF

Prontuário

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor

Data Emissão

Sexo

Estado Civil

Raça/Cor

Naturalidade

Nacionalidade

IDENTIDADE 89226

SSP/MA

17/10/1997

M

SOLTEIRO(A)PARD

MA

BARRA DO CORDA -

BRASILEIRA

Mãe
MARIA DE JESUS PINTO

Pai

RAIMUNDO PAIVA DE ALMEIDA

Contato

(95) 99135-6267

Endereço

RUA - J.T-1-A - 323 - OLIMPICO - BOA VISTA - RR

Ocupação

NÃO INFORMADA

Class. de Risco

Plano Convênio

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

VERDE

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Motivo do Atendimento

Caráter do Atendimento

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

SPA - PRONTO ATENDIM

URGÊNCIA

Sector

Tipo de Chegada

Procedimento Sol.

36.70

130 x 90

PRONTO ATENDIM

DEMANDA ESPONTANEA

Registrado por:

JACKSON.SADOVSKI

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril

☐ Sintomático Respiratório

☐ Suspeita de Dengue

PACIENTE ENCAMINHADO DO HCS SIC ENCAMINHAMENTO MEDICO O MESMO
APRESENTA FRATURA NA APÓFISE 1ª METACARPO MÃO DIREITA. O MESMO RELATA DE
MOTO NO DIA ANTERIOR

anamnese de Enfermagem

nega alergia, HAS, DM

GSC

TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO-X

☐ ULTRA-SON

☐ TC

☐ SANGUE

☐ URINA

☐ ECG

☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☐ Transferência para:

☐ Ambulatório

☐ Observação (Até 24h)

☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta

Óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não

Destino: ☐ Família

☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: eduardo.portela
Data Hora: 15/07/2019 21:45:42



1901136177

Sistema
Unico de
Saúde

Atendimento
de
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - CARTELA NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

5 - DATA DE NASCIMENTO

6 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

7 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

8 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

9 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

10 - UF

11 - CID

12 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Ex de Roberto

13 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Ex de Roberto

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

Ex de Roberto

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

16 - CID 10 PRINCIPAL 17 - CID 10 SECUNDÁRIO 18 - CID 10 TERCIÁRIO

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

20 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

21 - CLÍNICA

22 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

23 - DOCUMENTO

24 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

25 - PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

27 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Patricia RABELO José
Cap QOSPM

16/7/76

Patricia RABELO José
Cap QOSPM
Ortopedia e Traumatologia
Cl. INT. 1383 ROE 164

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

28 - CDD DA SECUNDARIA

29 - N.º DO ROLHETE

30 - ATIVIDADE DE TRABALHO TÍPICO

31 - ATIVIDADE DE TRABALHO TÍPICO

32 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

33 - EMPREGADO

34 - EMPREGADOR

35 - AUTÔNOMO

36 - DESEMPREGADO

37 - APOSENTADO

38 - NÃO SE APLICAM

AUTORIZAÇÃO

39 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

40 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

41 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

42 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

43 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

44 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

SIS

Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

Masc.

Fem.

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Doença de base crônica, síndrome de fadiga
muscular, fadiga na QTT, nervos
agudando cirurgias.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ALULAS

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

EX Fígado + RX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Doença de base crônica

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intervenção

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOE

35 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

43 - NOME DO AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



DIRETO

ANTONIO PINTO DE ALMEIDA
46 ano(s) 07-11-1972

15.07.2016 12.43.16

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODOS
OS TERRITORIOS NACIONAIS
1015366826

1015366826

PROIBIDO PLASTIFICAR

1015366826

NOME
ANTONIO PINTO DE ALMEIDA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSORA
89226 SSP RR

CPF
383.190.552-53

DATA NASCIMENTO
07/11/1972

FILIAÇÃO
RAIMUNDO PAIVA DE
ALMEIDA
MARIA DE JESUS PINTO

PERMISSÃO
ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
03379012512

VALIDADE
16/07/2020

1ª HABILITAÇÃO
07/03/1997

OBSERVAÇÕES

Antonio Pinto de Almeida
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
22/07/2015

56160388155
RR207732655

AURELIANO KUNZSCHER PEREIRA
DIRETOR EXECUTIVO

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-RR (RORAIMA)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

554588

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0364690/19

Vítima: ANTONIO PINTO DE ALMEIDA

CPF: 383.190.552-53

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/07/2019

Titular do CPF: ANTONIO PINTO DE ALMEIDA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANTONIO PINTO DE ALMEIDA : 383.190.552-53

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: 18/10/2019
Nome: ANTONIO PINTO DE ALMEIDA
CPF: 383.190.552-53

ANTONIO PINTO DE ALMEIDA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/10/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190592612 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO PINTO DE ALMEIDA **Data do acidente:** 13/07/2019 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 1º QUIRODÁCTILO DIREITO. P1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. P7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 1º QUIRODÁCTILO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO 1º QUIRODÁCTILO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	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: 3190592612 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO PINTO DE ALMEIDA **Data do acidente:** 13/07/2019 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 1º QUIRODÁCTILO DIREITO. P1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. P7

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL. NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0364690/19

Vítima: ANTONIO PINTO DE ALMEIDA

CPF: 383.190.552-53

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 13/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO PINTO DE ALMEIDA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANTONIO PINTO DE ALMEIDA : 383.190.552-53

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: 18/10/2019
Nome: ANTONIO PINTO DE ALMEIDA
CPF: 383.190.552-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/10/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

ANTONIO PINTO DE ALMEIDA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190592612

Vítima: ANTONIO PINTO DE ALMEIDA

Data do Acidente: 13/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO PINTO DE ALMEIDA

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, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190592612

Vítima: ANTONIO PINTO DE ALMEIDA

Data do Acidente: 13/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO PINTO DE ALMEIDA

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: Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo 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: ANTONIO PINTO DE ALMEIDA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000000250-X

Conta: 0000085481-6

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 383.190.552-53 4 - Nome completo da vítima: Antônio Pinto de Almeida

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

5 - Nome completo: Antônio Pinto de Almeida 6 - CPF: 383.190.552-53
7 - Profissão: Servidor Público 8 - Endereço: Rua J.T.O. 9 - Número: 323 10 - Complemento:
11 - Bairro: Olímpico 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: Roraima 14 - CEP: 69314-578
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 69/99155-6757

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: CONTA: AGÊNCIA: 0250 X CONTA: 85.491 G
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairascer)? ☐ 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 - Imprescritível digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista, 15/10/19
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
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 022809/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 29/07/2019 09:46

Data/Hora Fim: 29/07/2019 10:14

Delegado de Polícia: Douglas Gabriel da Cruz

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 13/07/2019 20:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: rua HC-4 (area de chacara)

Bairro: Senador Hélio

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTONIO PINTO DE ALMEIDA (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: MA - Barra do Corda

Sexo: Masculino

Nasc: 07/11/1972

Profissão: Funcionário Público

Escolaridade: Ensino Médio Completo

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria de Jesus Pinto

Nome do Pai: Raimundo Paiva de Almeida

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 89226

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua JT 1-A

Bairro: Olimpico

Telefone: (95) 99155-6757 (Celular)

Nº: 323

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Descrição HONDA/CG 125 TITAN ES

CPF/CNPJ do Proprietário 007.092.782-09

Placa NAX9480

Renavam 00173097227

Número do Motor JC41E2A029054

Número do Chassi 9C2JC4120AR029054

Ano/Modelo Fabricação 2010/2009

Cor AZUL

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN ES

Modelo HONDA/CG 125 FAN ES

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 04/12/2015

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido	Envolvimentos
Antonio Pinto de Almeida	Possuidor



Delegado de Polícia Civil: Douglas Gabriel da Cruz
Impresso por: Washington Balaio da Silva
Data de Impressão: 29/07/2019 10:15
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 022809/2019

RELATO/HISTÓRICO


O comunicante acima qualificado esteve nesta Unidade Policial para comunicar que: transitava no horário e local pela via acima citado conduzindo uma motocicleta HONDA/CG 125 FAN ES, quando de forma inesperada entrou num buraco encoberto por uma poça de lama, desequilibrou vindo a cair; Que o comunicante machucou a mão direita; Que o próprio comunicante procurou atendimento médico no PSE, Que foi constatado que o dedo polegar da mão direita foi quebrado. Era o que tinha a comunicar.

ASSINATURAS


Washington Baião da Silva

Agente de Polícia
Matrícula 42060335

Responsável pelo Atendimento


Antonio Pinto de Almeida

(Comunicante / Vítima)

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

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

- ☐ DAVIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)
 ☒ INVALIDEZ PERMANENTE
 ☐ MORTE

2 - Nº do Seguro do AS:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

383.190.552-53

Antônio Pinto de Almeida

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

5 - Nome completo:

Antônio Pinto de Almeida

6 - CPF:

383.190.552-53

7 - Profissão:

Operador Público

8 - Endereço:

Rua J.T.O.I

9 - Número:

323

15 - Complemento:

11 - Bairro:

Olimpico

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

Roraima

14 - CEP:

69155-578

15 - E-mail:

16 - Idade (anos):

45/99155-6787

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

- ☒ RECLUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

- ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.000,00 A R\$2.000,00

- ☐ R\$2.000,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS (PREENCHIMENTO OBRIGATORIO PARA BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

☐ 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: Banco Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso no Seguro DPVAT que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a aprovação 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 não houve laudo médico emitido por Instituto Médico Legal (IML) ou por outro órgão de perícia que ateste a existência de lesões corporais que possam gerar direito à indenização.

- ☐ 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 para fins do Seguro DPVAT; ou

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Grau de Parentesco com a vítima:

24 - Vítima deixou companheiro(a):

25 - Vítima teve filhos?

26 - Se tinha filhos, informar Vivos:

27 - Vítima deixou pais/avós vivos?

28 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

29 - Vítima deixou pais/avós falecidos?

30 - Se tinha irmãos, informar Falecidos:

31 - Vítima deixou pais/avós falecidos?

32 - Se tinha irmãos, informar Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós falecidos?

34 - Se tinha irmãos, informar Falecidos:

35 - Vítima deixou pais/avós falecidos?

36 - Se tinha irmãos, informar Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso direito, a indenização do Seguro DPVAT por morte de aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a aplicação de multa e o valor recebido, c/c da responsabilidade criminal, por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

37 - [] Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - [] Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - [] Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista, 15/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (ocorrido)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 30/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO PINTO DE ALMEIDA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00250-X

CONTA: 000000085481-6

Nr. da Autenticação BE3D1D41AB66C242

Matrícula: **896969**

Julho/2019

Dados do Cliente:

MARIA DE JESUS PINTO ALMEIDA

Endereço para entrega:

RUA JT 01 A, NUM. 323 - OLIMPICO BOA VIS
 TA RR 69014-579

Inscrição 001.021.631.0230.000	Rota 27	Seq. Rota 1000	Quantidade de Economias RESIDENCIAL
Hidrometro NÃO MEDIDO	Data de instalação	Situação Água LIGADO	Situação Esgoto POTENCIAL
ANTERIOR		ATUAL	CONSUMO (m3)
			10
LEITURA FAT.		NUM DE DIAS	
LEITURA INF.		0	
DT. LEITURA			

ULTIMOS CONSUMOS

201906 10-0
 201905 10-0
 201904 10-0
 201903 10-0
 201902 10-0
 201901 10-0

MEDIA 10

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5412 / 2005 G.M.					
AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEE	ODR	C. TOTAL	C. COLI
EXIGIÇÃO	100	100	100	100	100
ANÁLISE	100	100	100	100	100
CONFORME	100	100	100	100	100

DESCRIÇÃO

AGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
 CONSUMO DE AGUA

10 M3 23,83

15/08/2019

TOTAL A PAGAR

23,83

AVISO: EM 31/05/2019 CONSTA DEBITO SUJ. CORT. IGNORE CASO PAGO



MATRICULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
896969	07/2019	15/08/2019	23,83

82600000000- 8 23830004001- 7 00089696901- 1 07201930003- 6

