

BLOCO B

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO



1700869079		21/11/2017 08:48:32		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19		3	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF		Prontuário	
ROSANGELA MARIA SERGIO		26/12/1981		35 A 10 M 26 D		706104820039930		80511872291		00008803	
Tipo Doç		Documento		Órgão Emissor Data Emissão		Sexo		Estado Civil		Reça/Cor	
IDENTIDADE		187028		SSP-RR 21/10/2003		F		UNIAO		PARDA	
Mãe		Mário		ESTAVEL		NI		Naturalidade		Fortaleza - CE	
Mário		Mário		Mário		Mário		Contato		(95) 99157-9197	
Endereço		RUA - RIO AMAJARI - 212 - ARACÉLES - BOA VISTA - RR						Ocupação		NÃO INFORMADA	
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal	
		SU6 - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE									
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA									
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.				Registrado por:		LIZA.MARIE	
GRANDE TRAUMA		SAMU CAPITAL									
Queixa Principal				<input type="checkbox"/> Síndrome Fobril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
Anamnese do Enfermeiro				GSC		TOTAL					
				AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		JS					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 11h)				O púda consciência. O vômitos. Queixa de dor em p ^{te} (E).							
Exame Físico				BGG, Lote eupneica, Humed. Estável.							
				Lesão em talux (E) e púda anatomia.							
Hipótese Diagnóstica				Fratura exposta talux (E)?							
SADT - Exames Complementares				<input type="checkbox"/> RAO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS							
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO							
1 - Dupl. de púda											
2 - Talux 400mg											
Condição				<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revela <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: ORTOPEDIA							
óbito				<input type="checkbox"/> Ambulatório <input checked="" type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação							
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica							
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico							
Impressão por: liza.marie				Kelly Duarte							
Data Hora: 21/11/2017 08:48:55				Médica							
				CRM/RR 1709							

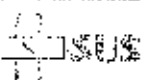
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A

Atestado de incapacidade para o trabalho
emitido em 09/04/2018
por
Dra. Kelly Duarte
Médica
CRM/RR 1709





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

ROSABELLA MARIA SENGIO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

8893

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

710611014821010399130

8 - DATA DE NASCIMENTO

26/12/81

9 - SEXO

F

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Maria Lucrecia Sergio

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Rio Amajari, 212, Arcelés

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

RR

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente apresentando Fratura fibula distal da perna esquerda + hematoma contuso em área ipsilateral.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

fratura comissura

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

ex. físico + rx

ÁREA DE SINISTROS - UPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09/ABR/2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Góes Monteiro, 404 - Boa Vista - RR

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura fibula (E) + trauma tórax (E)

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS SECUNDÁRIAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

internação

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

OTOD

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNES

() CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Rosângela Dias

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

21/11/19

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

Dr. Michel Menezes

Ortopedia e Traumatologia

CRM 1918/RR

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO

36 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

37 - CNES SEGURADORA

38 - CNES EMPRESARIAL

39 - Nº DO BILHETE

40 - SÉRIE

41 - CHAM DA EMPRESA

42 - CBOE

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNES

() CPF

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

21/11/19

0308010019 - T668
V299
5826



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE					
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS		DM	
IDADE		LEITO		DATA	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 horas				14h 25' 95'
5	DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS				14h 26' 96'
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn				SN
7	SSVV+CCGG 6/6 horas				NOTINA
8	CURATIVO DIÁRIO				NOTINA
9	Cefalotina 1g ev 6/6h				18h 26' 96'
10	Da Blau				
11					
12					
13					
14					
15					
16					
<p>1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SE, 1/2 UNIDADE DE ME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 12UI; >400: 16UI) E OU GLICOSE \leq 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p> <p>2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS $>$ 160/90 OU PAD $>$ 110 MMHg. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER E, + VADA ACHMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.</p>					

Dr. Leonardo Rabelo
 Residente em Ortopedia e Traumatologia
 CRM RR 1716

REC. LUGÃO MÉDICA:

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Capitão João Benício, 484 - Boa Vista - RR

	PA	FC	FR	TEMP			
VITAIS VITAIS							
6 H	136x76	60	21				
12 H	141x81	66	21	36.7			
18 H	130x80	80	21	36.3			
24 H	158x84	69	20	36.4			

Marina Coutinho da Silva
 Enfermeira
 CRP RR 418.613

Diurese os 24hs
 500 ml

Dr. Leonardo Rabelo
 CRM RR 1716

219-4



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	rosângela marlo sergio				
DIAGNÓSTICO	fx de frax				
ALERGIAS	NEGA	HAS		DM	NEGA
IDADE	35	LEITO	7194	DATA:	23/11/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				- D SND
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS				- D 10/10/12 08
3	PARACETAMOL 750 MG VO 6/6 HORAS				- D 10/10/12 08
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 8/8 HORAS sn				- D 10/10/12 08
7	SSVW+CCGG 8/8 horas				- D SN
8	CURATIVO DIÁRIO				- D gráfico
9	ceftriaxona 1g 12/12 horas ev				- D Rotina
10	clindamicina 600 mg 6/6 horas ev				- D 10/10/12 08
11	clorazepate 40 mg 1 x ao dia				- D 10/10/12 08
12					- D 10/10/12 08
13					
14					
15					
16					
<p><u>1-SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p> <p><u>2-QUADRO DE HIPERTENSÃO:</u> CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHg. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.</p>					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

[Handwritten signature]

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

[Handwritten signature]
 Dr. Paulo C. R. R. R. Jr.
 Médico
 CRM-RR 1908

	PA	FC	FR	TEMP			
SINAIS VITAIS							
6 H	100/70	66		36,2°C			
12 H							
18 H	100/60	66	-	36,3°C			
24 H							

Administrado medicamentos
 no horário respectivo.
 Tec. Polly

Pollyana P. de Medeiros
 Téc. em Enfermagem
 COREN/RR 331737



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MEDICA



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

HAS

DM

IDADE

LEITO

DATA

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

5ND

2

SF 0,9% 500 ML EV 8/8 horas

5

DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS

14h 22' 06

6

TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 8/8 HORAS sn

14h 22' 06

7

SSVV+CCGG 6/6 horas

6N

8

CURATIVO DIARIO

Flotina

9

Cupobina 4g EV 6/6h

realizar

10

Do bloco p/ programados cirurgia

14h 24' 06

11

Alente

12

Dr. Leonardo Rabelo
Residência Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1715

13

14

15

16

1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO: INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE \leq 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CANTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHg. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.

EVOLUÇÃO MEDICA:

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09-ABR-2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

NIR

Regulado
para leito

219-4

Regulação Interna

	PA	FC	FR	TEMP		
NAIS VITAIS						
6 H	120x70	72	—	36,5°C		
12 H	149/90	66		36,5		
18 H	129/56	64		36,4		
24 H	126x72	69		36,4		



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	rasangela mario sergio				
DIAGNÓSTICO	fx de tnz				
ALERGIAS	NEGA	HAS	sim	DM	NEGA
IDADE	35	LEITO	219-4	DATA	25/11/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	SF 0.9% 500 ML EV 8/8 HORAS				14:00
3	PARACETAMOL 750 MG VO 8/8 HORAS				14:00
4	TRAMAL 50 MG + SF 0.9% 250 ML EV 8/8 HORAS an				14:00
5	SSVV+CCGG 8/8 horas				14:00
6	CURATIVO DIÁRIO				14:00
7	ceftriaxona 1g 12/12 horas ev				14:00
8	clindamicina 600 mg 8/8 horas ev				14:00
9	clexano 40 mg 1 x ao dia				14:00
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
<p>1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E QU GLICOSE \leq 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p> <p>2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHg. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.</p>					

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - São Vito - RR

EVOLUÇÃO MÉDICA:

*Aguardando
Voz te por proprio
Liberar*

*Dr. Paulo Roberto de
Medico
CRM-RR 1908*

	PA	FC	FR	TEMP	DANS	Eva
SINAIS VITAIS						
6 H	144/68	76	38	35.8		
12 H	160/80	84		36.5		
18 H	160/80	108		36.3		
24 H	126/76	80	38	36		

*Thomaz
Josiene de Souza Araújo
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 000 481 072*



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	rasangela marlo sargio				
DIAGNÓSTICO	fx de tnz				
ALERGIAS	NEGA	HAS	sim	DM	NEGA
IDADE	35	LEITO	219-4	DATA	26/11/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF 0.9% 500 ML EV 8/8 HORAS				
5	PARACETAMOL 750 MG VO 8/8 HORAS				
6	TRAMAL 50 MG + SF 0.9% 250 ML EV 8/8 HORAS sn				
7	SSVV+CCGG 8/8 horas				
8	CURATIVO DIARIO				
9	ceftriaxona 1g 12/12 horas ev				
10	clindamicina 600 mg 8/8 horas ev				
11	claxane 40 mg 1 x ao dia				
12					
13					
14					
15					
16					
<p>1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E QU GLICOSE \leq 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p> <p>2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHg. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.</p>					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 ABR 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

Dr. Paulo C. Bachionato Jr.
Médico
CRM-RR 1908
CRM-RR 1908

	PA	FC	FR	TEMP			
SINAIS VITAIS							
6 H	135x75	67	=	36,5°C			
12 H	110x60	79					
18 H	130x70	67					
24 H	100x64	59	=	37°C			

06:00 @ 2º mae foi realizado por recusa da paciente.
13/17 32:00
120x80 P-68 T-36,8°C - TCE: 80%
Márcia S. Richil
Aux. Enfermagem
COREN: 043001648



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



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE *rasanigela mario sergio*

DIAGNÓSTICO *fx de tnz*

ALERGIAS **NEGA**

HAS

sim

DM

NEGA

IDADE **35**

LEITO

219-4

DATA

27/11/2017

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

2 SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS

5 PARACETAMOL 750 MG VO 6/6 HORAS

6 TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn

7 SSVV+CCGG 6/6 horas

8 CURATIVO DIÁRIO

9 ceftriaxona 1g 12/12 horas ev

10 clindamicina 600 mg 6/6 horas ev

11 clexane 40 mg 1 x ao dia

12

13

14

15

16

1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE \leq 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Antônio João Batista 404 - Boa Vista - RR

Dr. Pablo C. Echenagena Jr.
Médico
CRM-RR 1908

	PA	FC	FR	TEMP
SINAIS VITAIS				
6 H	110/70	80	19	36,2
12 H				
18 H	112/80	80		36
24 H	110/80	89	21	36,2

Às 14:00, Paciente recusou o intern. O Dr. Brinalda Soares Pinto
COREN-RR 1.223.379 TE

Adm. Intern. 05, 10 e 11, conforme Prescrição médica. Brinalda Soares Pinto
COREN-RR 1.223.379 TE



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



219-4

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	rasangela mario surgio				
DIAGNÓSTICO	fx de torn				
ALERGIAS	NEGA	HAS	slm	DM	NEGA
IDADE	35	LEITO	219-4	DATA	28/11/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS				26 24 06
5	PARACETAMOL 750 MG VO 6/6 HORAS				16 24 06
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS <i>em</i>				16 24 06
7	SSVV+CCGG 6/6 horas				16 24 06
8	CURATIVO DIÁRIO				16 24 06
9	ceftriaxona 1g 12/12 horas ev				16 24 06
10	clindamicina 600 mg-6/6 horas ev				16 24 06
11	claxano 40 mg 1 x ao dia				16 24 06
12					
13					
14					
15					
16					
<p>ÁREA DE SINISTROS - DPV41 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</p> <p>09 ABR 2018</p> <p>GENTE SEGURADORA S/A Av. Paulista 1111 - São Paulo, SP</p> <p>1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p> <p>2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.</p>					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

dele

Nutrição: Dieta S após desjejum dia 29/11, p/ procedimento.

Dr. Paulo C. Pacheco Jr.
Médico
CRM-RR 1904

	PA	FC	FR	TEMP			
SINAIS VITAIS							
6 H	130/80	74		36,0			
12 H	131/83	77		36,3			
18 H	140/80	64	19	36,5C			
24 H							

Paciente no leito
do TEI, estavel, aguardando
procedimento cirurgico, no ga
libre, administracao medicacao e P.M.

Notificação de P.M.
Ass. de Enferm.
Data: 28/11/2017

Obs não tem

Notificação de P.M.
Ass. de Enfermagem
Data: 28/11/2017

slm



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



DATA DE ADMISSÃO			DIH			DN		
PACIENTE	rgangela marlo sergio							
DIAGNÓSTICO	fx de tnz							
ALERGIAS	NEGA	HAS	sim	DM	NEGA			
IDADE	35	LEITO	219-4	DATA	30/11/2017			
ITEM	PRESCRIÇÃO						HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE						JND	
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS						18:24 06	
5	PARACETAMOL 750 MG VO 6/6 HORAS <i>medicação com paciente</i>						18:24 06	
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn						S/N	
7	SSVV+CCGG 6/6 horas						V6 fine	
8	CURATIVO DIARIO						V6 fine	
9	ceftriaxona 1g 12/12 horas ev						V6 fine	
10	clindamicina 600 mg 6/6 horas ev						18:24 06	
11	clexane 40 mg 1 x ao dia						18:24 06	
12								
13								
14								
15								
16								
<p><u>1-SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE \leq 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p> <p><u>2-QUADRO DE HIPERTENSÃO:</u> CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHg. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.</p>								

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

	PA	FC	FR	TEMP		
SINAIS VITAIS						
6 H	120x70	69		35,5C		
12 H						
18 H	117x85		97	37,2		
24 H						

Dr. João C. de Oliveira Jr.
Médico
CRM RR 1908



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



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE rasangela mario sergio

DIAGNÓSTICO fx de tnz

ALERGIAS

NEGA

HAS

sim

DM

NEGA

IDADE

35

LEITO

219-4

DATA

01/12/2017

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS

5

PARACETAMOL 500 MG VO 6/6 HORAS 500 mg

NTP

6

TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn

7

SSVV+CCGG 6/6 horas

8

CURATIVO DIARIO

9

ceftriaxona 1g 12/12 horas ev

10

clindamicina 600 mg 6/6 horas ev

11

claxane 40 mg 1 x ao dia

12

13

14

15

16

1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE \leq 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

PA

FC

FR

TEMP

SINAIS VITAIS

8 H

100/60

70

—

36.5C

12 H

100/60

60

—

36.5C

18 H

100/60

66

—

36.8C

24 H

100/60

66

—

36.8C



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



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE **rasangela maria sergio**

DIAGNÓSTICO **fx de tñz**

ALERGIAS **NEGA**

HAS

sim

DM

NEGA

IDADE **35**

LEITO

219.4

DATA

03/12/2017

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

SF 0.9% 500 ML EV 8/8 HORAS

5

DIPIRONA 1 AMPOLA 8/8 HORAS EV

6

TRAMAL 50 MG + SF 0.9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn

7

SSVV+CCGG 6/6 horas

8

CURATIVO DIÁRIO

9

ceftriaxona 1g 12/12 horas ev

10

clindamicina 600 mg 6/6 horas ev

11

clonazepam 40 mg 1 x ao dia

12

13

14

15

16

1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA
2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHg. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A

Rua Camilo João Dantas, 104 - Boa Vista - RR

PA

FR

FR

TEMP

SINAIS VITAIS

6 H

115/65

84

12 H

110x70

93

18 H

109x72

90

24 H

100/50

84

36°C

36°C

36.2

36°C

Wente no leito sem queixa,
 e todos os procedimentos conforme
 as Prescrições médicas

Dorival Silva
 Técnico Enfermagem
 COREN-RR 904.158



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



DATA DE ADMISSÃO: _____ DIH: _____ DN: _____

PACIENTE: **Joangela mario sergio**

DIAGNÓSTICO: **fx do tornozelo**

ALERGIAS: **NEGA** HAS: **sim** DM: **NEGA**

IDADE: **38** LEITO: **219-4** DATA: **04/12/2017**

ITEM: _____ PRESCRIÇÃO: _____ HORÁRIO: _____

1 DIETA ORAL LIVRE

2 SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS

5 DIPIRONA 1 AMPOLA 6/6 HORAS EV

6 TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn

7 SSVV+CCGG 6/6 horas

8 CURATIVO DIÁRIO

9 ceftriaxona 1g 12/12 horas ev

10 clindamicina 600 mg 6/6 horas ev

11 clonazepam 40 mg 1 x ao dia

12

13

14

15

16

1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE \leq 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA
2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHg. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 09 ABR 2018
 GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

Dr. Paulo C. Echeverri de
 Médico
 CRM-RR 1908

	PA	FC	FR	TEMP		
SINAIS VITAIS						
6 H	120/80	65				
12 H	129/92	84	20	36,2		
18 H	120/70	73	22	36,3		
24 H	120/70	63				

1845 - ITEM (1) POTE RECUSA A ADMINISTRAÇÃO, DEMAIS MEDICAÇÕES REALIZADAS, SINAIS VITAIS AFERIDOS, SEGUER AOS CUIDADOS DE ENFERMEIRAGEM

Glenn Holo de Araújo
 Técnico de Enfermagem



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
Serviço de Ortopedia e Traumatologia
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

sergentemário sergio

ROSANGELA

DIAGNÓSTICO

fx de tnz

ALERGIAS

NEGA

HAS

sim

DM

NEGA

IDADE

35

LEITO

218-4

DATA

05/12/2017

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

5 N

2

SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS

5

DIPIRONA 1 AMPOLA 6/6 HORAS EV

6

TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn

7

SSVV+CCGG 6/6 horas

8

CURATIVO DIÁRIO

9

ceftriaxona 1g 12/12 horas ev

10

clindamicina 600 mg 6/6 horas ev

11

clonazepam 40 mg 1 x ao dia

12

13

14

15

16

1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE \leq 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS $>$ 160 E OU PAD $>$ 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

Dr. Paulo C. Echeverriera Jr.
Médico
CRM-RR 1908

PA

FC

FR

TEMP

SINAIS VITAIS

6 H

120x81

70

12 H

111/68

64

18 H

115x74

63

24 H

120x80

64

36

36,8

37,0

36,3



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



DATA DE ADMISSÃO 23/11/2017 DIH DN 26/12/1981

PACIENTE ROSANGELA MARIA SERGIO

AGNÓSTICO

ALERGIAS

IDADE

35

HAS

DM2

LEITO

219-4

DATA

06/12/2017

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

2 SF0,9% 500ML EV DE 12/12H

4 TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA

5 OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA

6 METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N

7 DIPIRONA 2ML EV DE 6/6H SN

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

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

10 SSVV + CCGG 6/6 H

11 CURATIVO DIÁRIO

12 CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H

13 CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H

14 CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H

15 CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H

16 CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H

17 CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H

18 CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H

19 CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H

20 CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H

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

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2016

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Batista 404 - Boa Vista - RR

18.0 por cento resumo
no livro
quero. Daiane S. Grandão
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 799.579

SEGUIE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Dr. Marcus Brunner CRM 1917

Residente de Ortopedia e
Traumatologia

Emerson S. Grandão
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 799.585

	Pa	P	T	R
6 H	127x62	68	36.5	
12 H	128x75	68	36.5	-
18 H	118x76	70	36.0	-
24 H	108x57	67	36.6	

12h. Paciente não refere dor. Realizada nova ANP em ME (E) com
gelco N° 22, pela Téc. POLLYANA. Administradas MEDICAÇÕES C.P.M. e
verificados SSVV.

Assinatura de Enfermeiro



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO 23/11/2017 DIH DN 26/12/1981

PACIENTE ROSANGELA MARIA SERGIO

AGNÓSTICO FX LX TNZ

ALERGIAS

IDADE

35

HAS

DM2

LEITO

219-4

DATA

07/12/2017

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

2 SF0,9% 500ML EV DE 12/12H

4 TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA

5 OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA

6 METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N

7 DIPIRONA 2ML EV DE 6/6H SN

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

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

10 SSVV + CCGG 6/6 H

11 CURATIVO DIÁRIO

12 CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H

13

14

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

ÁREA DE SINISTROS - DPV
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 424 - Boa Vista - RR

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

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Nutrição: após 22h p/ procedimento
em 08/12, pela manhã

Rodrigo Costantino Silveira
Nutricionista
CRM-77238

	PA	FC	T
6 H	118x80	71	36°
12 H	125x81	61	36,4
18 H	130x84	66	36,4
24 H	140x90	59	36°

Dr. Marcus Brunner CRM 1917
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

**SUS**Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD, IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

**ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

09 ABR 2018

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capim João Estima, 444 - São Paulo - SP

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO REGISTRO

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNIE DA EMPRESA

41 - CBO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() SEGURADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CDD, ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0408050578-5826
V299

(8.12)



BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 08,12,17 O.S. _____

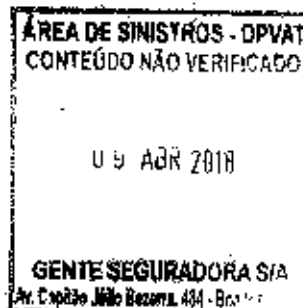
ROSÂNGELA MARIO SARGIO.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRACTURA LUXAÇÃO TUMORAL DO COTOVELO (C).
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: OSTEOTOMIA DA FRACTURA LUXAÇÃO TUMORAL DO COTOVELO (C).
TIPO DE INTERVENÇÃO: CIRURGIA.
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O TUMOR.

CIRURGIÃO: DR. MAX SOUTO. 1º AUXILIAR: DR. ELDER SOARES.
2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: DR. ELDER SOARES
3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____
ANESTESISTAS: DR. MAX SOUTO MAIOR, ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA, MEDICINA DO TRÂNSITO, CRM 666-RR ANESTÉSICO: _____
INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Ponto de entrada em 0018 sob efeito anestésico.
- 2) AMPHO, ANTIBIÓTICO E COLOCAÇÃO DA CORTICA (MUNICÍPIO).
- 3) Incisão longitudinal sobre a fratura TUMORAL (C) + drenagem com drenos metálicos.
- 4) Redução da fratura LUXAÇÃO TUMORAL DO COTOVELO sob visualização direta + fixação com placa de estabilização 7 parafusos, com auxílio do INSTRUMENTADOR DE COTOVELO.
- 5) Avaliação da hemostasia.
- 6) LMC com 5079%.
- 7) Fixação por pontos metálicos.
- 8) Curativo.





GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ
"Amor e Trabalho"

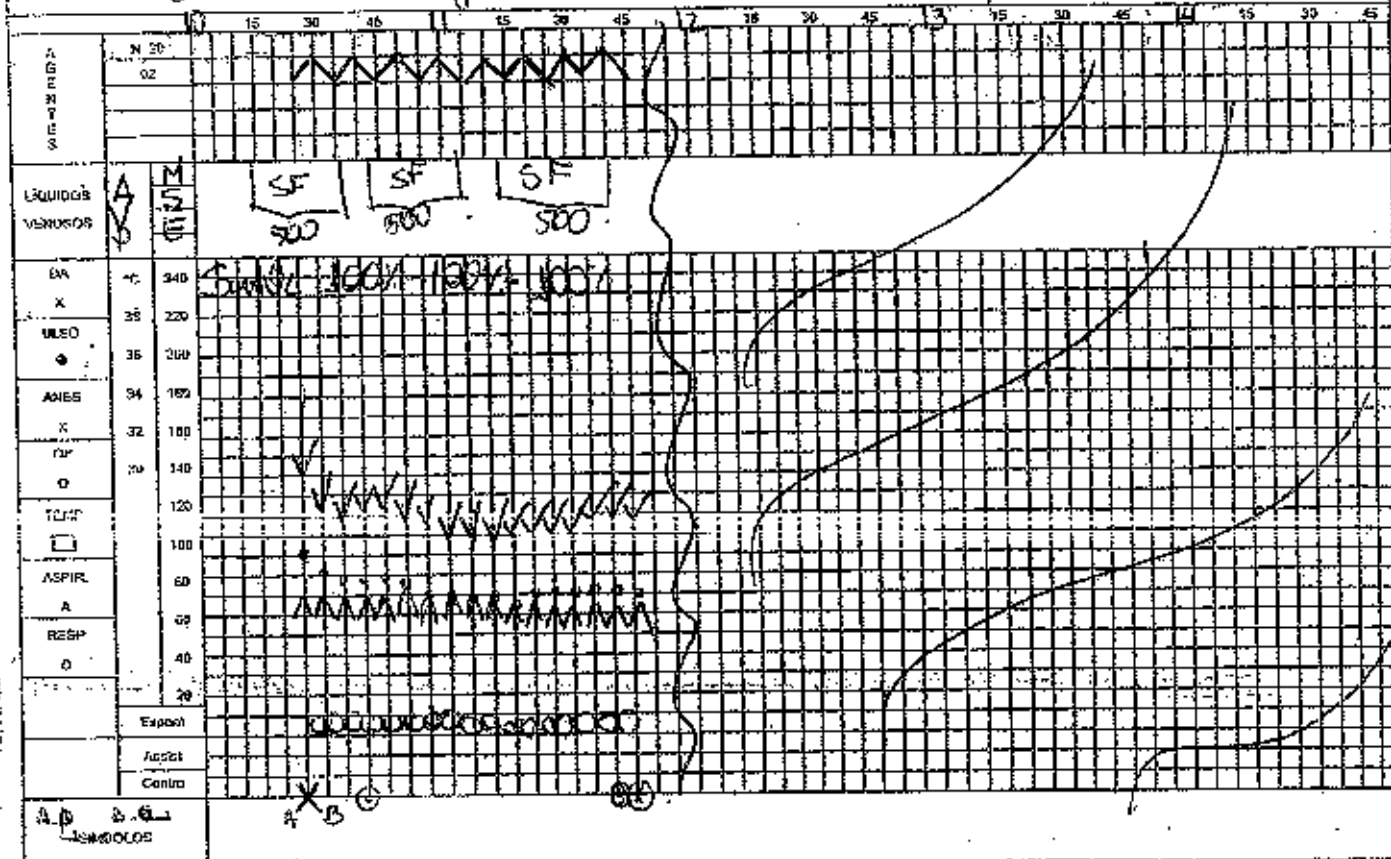
FICHA DE ANESTESIA

Rosângela Maria Sôro, 35a

08/12/17

HISTÓRICO DE MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Fentanil 100mcg EV
midazolam 2mg EV



AGENTES	USO	TECNICA	ANOTAÇÕES
A. Bupivacaína hiperb. 0.5% 120ml		Raquiambulância hiperb. 0.5% 120ml	X. monitorização (ECG, SatO2, PA, etc.)
B.		Ureia, simples, lombas.	1. Antineúria c/ álcool 70% + campo esteril.
C.		Sob ventilação espontânea	2. Punção lombar, antebraço-12, paramediana D, c/ agulha 25G múltipla.
D.		Ureia	3. Injeção do agente A.
E.			4. Cefotaxima 2g EV
F.			5. midazolam 2mg EV
G.			6. midazolam 2mg EV
H.			7. Hdo. contínuo 30mg EV
GLICOSE	Líquidos	Cânula - Meso / Oro Faringe	
RODO		Ureia / Contínuo - Caga	
SANGUE		Bat - Temp - Calibre do Tubo	
GP 1500ml		Sob M&S	
		Ortopneia Tórax	
TOTAL 1500ml		TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO		10:25 às 11:45	
Osteotomia de fr. tórax E.			
ANESTESIA	CÓDIGO	CURSÃO	FEITA SANGUÍNEA
Dr. Erick / R2 Lelo		Dr. Max / Bruno / Helder	comp. hól.

Dr. Erick Gonçalves
Anestesiologista
CRM 1514

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A

- 8. Tenoxicam 40mg EV
- 9. dexometorona 10mg EV
- 10. Dipirona 2g EV

A SRPA.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Rozângela M. Sérgio		219-4	00008893	08/12/17	
TIPO		CIRURGIA			
Fratura no Tornozelo E		TEMPO DE DURAÇÃO			
		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		10:56	11:22		
CIRURGIÃO	EQUIPE MÉDICA				
1º AUXILIAR	Maxe	ANESTESISTA:		Enio	
2º AUXILIAR	Bruno	RES. ANESTESIA:		Enio + Marcell	
	Cláudio	INSTRUMENTADOR			
		CIRCULANTE		Gilberto + Lili	
TIPO DE ANESTESIA:		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTÉRIL 7.5			FIO VICRYL N°	
1	LUVA ESTÉRIL 8.0			FIO MONONYLON N°	
1	LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
1	LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
1	LÂMINA BISTURIN N° 24			FIO CATGUT SIMPLES N°	
1	DRENO DE SUÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
1	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°	
1	DRENO DE PENROSE N°			FIO SEDA N°	
1	SERINGA 01ML			SURGICEL	
1	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO	
1	SERINGA 05 ML			KIT CATARATAN°	
1	SERINGA 10ML			2ml GEOFAM PVP. Topico	
1	SERINGA 20ML			2ml RITA-CARDIACA Alcool	
				2ml OUTROS: Clorexidim	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
		Stefanie + Erica	SUB- TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
		Gilberto + Lili	TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
			ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		

ÁREA DE SINISTROS - OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO 23/11/2017 DIH DN 26/12/1981

PACIENTE ROSANGELA MARIA SERGIO

AGNOSTICADO FX LX TNZ

ALERGIAS

IDADE 35 HAS LEITO 219-4 DATA 08/12/2017

ITEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1	DIETA ORAL LIVRE		
2	SFO, 9% 500ML EV DE 12/12H	SND	
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA		
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA		SUSPENSO
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	06	
7	DIPIRONA 2ML EV DE 6/6H SN	SLN	
8	TRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SLN	
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SLN	
10	SSVV + CCGG 6/6 H	SLN	
11	CURATIVO DIÁRIO	Rolone	
12	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H	Rolone	
13		12 18 24 06	
14			
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

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

SOLICITADO:
CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

ÁREA DE
CONTEÚDO

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

Dr. Marcus Brunner CRM 1917
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

100



1	2	3	4	5	6	7	8	9	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	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

— — — — —

10

11

GENTE SEGURO S.A.
 Caixa Postal 1000 - Belo Horizonte - MG - 484 - Box Vinte - RR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Rosângela M. Sampaio		219-4	00008893	08/12/11	
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Fratura no Tornozelo E		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		10:56	11:22		
CIRURGIÃO	EQUIPE MÉDICA				
1ª AUXILIAR	ANESTESISTA:	RES. ANESTESIA:			
2ª AUXILIAR	INSTRUMENTADOR	CIRCULANTE			
TIPO DE ANESTESIA:		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTÉRIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
1	LUVA ESTÉRIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
1	LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURIN Nº 24			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
1	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
1	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
1	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
1	SERINGA 01ML			SURGICEL	
1	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO	
1	SERINGA 05 ML			KIT CATARATANº	
1	SERINGA 10ML			GEFOAM PVF. Fôpica	
1	SERINGA 20ML			NETA CARDIACA alcool	
				OUTROS: cloroxedim	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	VALOR			
	Stefanie + Erica				
FUNÇÃOÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA				
	Gilberto + Lili				
		MATERIAL MEDICAMENTOS			
		SUB- TOTAL			
		TAXA DE SALA			
		TAXA DE ANESTESIA			
		SOMA			
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE			

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopedia

Tipo Cirurgia:

FRATURA ANO M. ESQUERDA

Data: 02/12/17

Nº. DO PRONTUÁRIO:

Paciente: ROSANORA MARIA SEARA Idade

Bloco: B Enfermaria 219 Leito: 4

Caixa: PR. G. U. E. M. F. R. M. N. H. S. Nº

Circulante: 62236200.1111 Sala 4

Conferência Expurgo CME:

Material Utilizado:

1	UNDO	PLACA	T. O. REFELLOS	DLP;
1	UNDO	PARAFUSO	LOPELAL	Nº 12
1	UNDO	PARAFUSO	ESPONJOSO	Nº 14

Médico Responsável

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME



ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome: Renanildo M. Silva
Responsável Cirurgião: Dr. M. Silva

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMADO:

☒ Identidade

☒ Sítio Cirúrgico

☐ Procedimento

Consentimento ☒ Sim ☐ Não

RISCO CIRÚRGICO

☐ Aplica ☐ Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

☐ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

☐ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA

CONCLUIDA

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM

FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☒ Não ☐ Sim, Qual: _____

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☐ Não

☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☐ Não

☐ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento

Para Fluidos

Assinatura _____ Hora: _____

Assinatura _____ Hora: _____

Assinatura _____ Hora: _____

Assinatura _____ Hora: _____

Assinatura _____ Hora: _____

Assinatura _____ Hora: _____

Assinatura _____ Hora: _____

Assinatura _____ Hora: _____

Assinatura _____ Hora: _____

Assinatura _____ Hora: _____

Assinatura _____ Hora: _____

Assinatura _____ Hora: _____

Assinatura _____ Hora: _____

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA

EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E

FUNÇÃO: ☒ Sim ☐ Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO

CONFIRMARAM VERBALMENTE:

Identificação do paciente

Sítio cirúrgico

Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

Revisão DO CIRURGIÃO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da

operação e perda sanguínea prevista.

Revisão DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

Revisão DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e

outros estão presentes e dentro da validade de

esterilização (incluindo resultado do indicador). Há

questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer

preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI

REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Não se aplica

☐ Sim

Qual: _____ Hora: _____

Qual: _____ Hora: _____

Qual: _____ Hora: _____

Qual: _____ Hora: _____

Qual: _____ Hora: _____

Qual: _____ Hora: _____

Qual: _____ Hora: _____

Qual: _____ Hora: _____

Qual: _____ Hora: _____

Qual: _____ Hora: _____

Qual: _____ Hora: _____

Qual: _____ Hora: _____

Qual: _____ Hora: _____

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM

VERBALMENTE COM A EQUIPE:

O NOME DO PROCEDIMENTO

REGISTRADO

☐ Não

SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS

CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS

ESTÃO CORRETAS

☐ Não ☒ Não se Aplicam

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA

PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA

(INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)

☐ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO

PARA SER RESOLVIDO

☐ Sim ☒ Não

O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A

EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM

PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A

RECUPERAÇÃO E MANEJO DESTE PACIENTE

☐ Sim ☒ Não ☐ Não se Aplica

Assinatura A. G. J. Silva

Enfermeira

COREN-RR 12720

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Rosângela Maria Sergio 35 ANOS,
 DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 27-11-17, COM
 DIAGNÓSTICO DE fratura luxação T12 (C)

NO DIA 09-12-17, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Osteossíntese do fêmur luxado T12 (C) SENDO

OPERADO PELO DR. Max E DR. E. L. L.

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 10-12-17, ÀS 8h, EM
 BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
 CORONEL MOTA NO DIA 18-12-17, ÀS 8h,
 DR. E. L. L.

ÁREA DE SINISTROS - DP/DTM 0
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Capitão Júlio Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

ORIENTAÇÕES GERAIS:

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 04 (UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
 Av. Brig. Eduardo Gonçalves, S/Nº
 Novo Planalto - Tel: (95) 2121-6630
 AUTENTICAÇÃO
 08 MAR 2018
 Certifico e Declaro que a presente
 cópia é fiel reprodução original
 do documento.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

BOA VISTA, 10-12-17

Dr. Paulo Roberto de Oliveira
 Médico de Ortopedia e Traumatologia
 10-12-17

MÉDICO



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Rosângela Maria Sérgio 75 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 21/11/17, COM
DIAGNÓSTICO DE fratura luxatória T.N.7. (E)

NO DIA 08/12/17, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Artroscopia de fratura luxatória T.N.7. (E) SENDO

OPERADO PELO DR. Max E DR. Eldes

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 10/12/17 ÀS 8 EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA DO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 18/12/17 ÀS 8h, COM
DR. Eldes

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2018

ORIENTAÇÕES GERAIS :

GENTE SEGURADORA S/A

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. _____

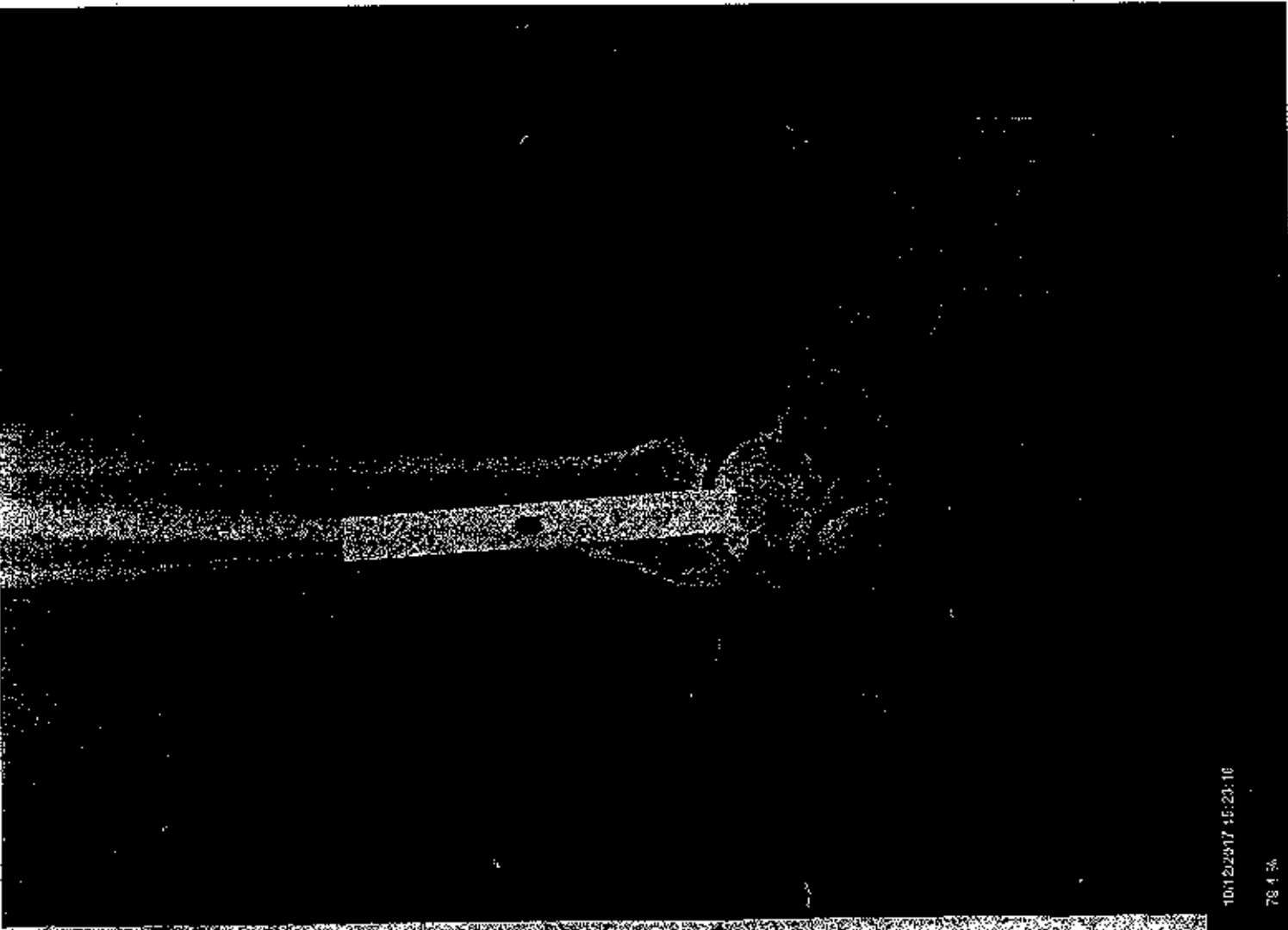
BOA VISTA, 10/12/17

Dr. Pedro [Assinatura]
MÉDICO

11



0.9.488.2018



ROSANGELA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

10/12/2017 15:23:10

78.4%

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Batista, 444 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EMISSÃO: 23/10/2017

DATA DE EXPIRAÇÃO: 26/12/2018

NOME: ROSANGELA MARIA SERGIO

CPF: 0376278

RG: 1.187.229-1

ENDEREÇO: RUA SERRA, 143 LIT. A-48, FORTALEZA - CE

PROFISSÃO: APOSENTADO

TIPO DE IDENTIDADE: A

LEI Nº 7.116 DE 20/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO LDO GRAZ

Nome: ROSANGELA MARIA SERGIO

CPF: 0376278

RG: 1.187.229-1

TIPO DE IDENTIDADE: A

LEI Nº 7.116 DE 20/06/83

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180157401 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSANGELA MARIA SERGIO **Data do acidente:** 21/11/2017 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO PE ESQUERDO

Resultados terapêuticos: NÃO INFORMADO O TIPO DE TRATAMENTO REALIZADO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: LAUDO INCONCLUSIVO

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180157401 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSANGELA MARIA SERGIO **Data do acidente:** 21/11/2017 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: Fratura da perna esquerda (tíbia e fíbula).
fratura exposta do hálux do pé esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Instabilidade articular e deformidade com limitação da flexão e da extensão do pé esquerdo, dor na fáscia plantar, tromboflebite, claudicação e deambula com auxílio de muletas.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico, osteossíntese com placa.
Realizou fisioterapia (18 sessões).
Alta médica (12/2018).

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 01/06/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após termino do tratamento, apresenta quadro de restrição sequelar da mobilidade do membro inferior esquerdo.

Médico examinador: DEBORAH ACASSIA MAMED RODRIGUES

CRM do médico: 1454

UF do CRM do médico: RR

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARCO ANTONIO TARTARELLA

CRM do médico: 41033

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180157401

Nome do(a) Examinado(a): ROSANGELA MARIA SERGIO

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Rio Amajari, 212 - Boa Vista/RR - CEP 69315-018

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 187028 - SSP RR - 23/10/2017

Data e Local do Acidente : 21/11/2017 - RUA RAI0 SOLAR BAIRRO JOQUEI CLUBE

Data e Local do Exame : 01/06/2018 AVENIDA DOUTOR SYLVIO LOFÊGO BOTELHO, 565 - BOA VISTA/RR - CEP 69301-085

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, COM LESÃO E FRATURA EXPOSTA EM HALUX ESQUERDO COM PERDA ANATOMICA, FRATURA DE FIBULA E TIBIA ESQUERDA.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

OSTEOSSINTESE COM COLOCAÇÃO DE PLACA.

FEZ FISIOTERAPIA (18 SESSÕES), TENDO TIDO ALTA NO MES DE DEZEMBRO DE 2017. VITIMA NECESSITA DE TERAPIA DE REABILITAÇÃO PARA O MEMBRO AFETADO.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

VITIMA OBESA GRAU III, COM DIFICULDADE DE LOCOMAÇÃO. APRESENTA CLAUDICAÇÃO E TROMBOFLEBITE. USO DE MULETAS POIS A MESMA NÃO CONSEGUE COLOCAR A FASCIA PLANTAR NO CHAO. DOR E DIMINUIÇÃO DE AMPLITUDE DURANTE MOVIMENTAÇÃO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO PÉ ESQUERDO.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO. CLAUDICAÇÃO E TROMBOFLEBITE. USO DE MULETAS POIS A MESMA NÃO CONSEGUE COLOCAR A FASCIA PLANTAR NO CHÃO. DOR E DIMINUIÇÃO DE AMPLITUDE DURANTE MOVIMENTAÇÃO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO PÉ ESQUERDO COM INSTABILIDADE ARTICULAR E DEFORMIDADE.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

MIE

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

Deborah Mamed
Pra. Déborah Mamed
Médica
Medicina do Trabalho
CRM-RR 1454

DEBORAH ACÁSSIA MAMED RODRIGUES CRM : 1454 / UF :RR

Rio de Janeiro, 12 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: ROSANGELA MARIA SERGIO

Nº Sinistro: 3180157401

Vitima: ROSANGELA MARIA SERGIO

Data do Acidente: 21/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TANIA HELENA FRACALLOSSI DE MELO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180157401**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12646009



Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: ROSANGELA MARIA SERGIO

Sinistro: 3180157401
Vítima: ROSANGELA MARIA SERGIO
Data do Acidente: 21/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: TANIA HELENA FRACALLOSSI DE MELO

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180157401** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2018

Carta nº: 12952356

A/C: ROSANGELA MARIA SERGIO

Nº Sinistro: 3180157401
Vítima: ROSANGELA MARIA SERGIO
Data do Acidente: 21/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: TANIA HELENA FRACALLOSSI DE MELO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **ROSANGELA MARIA SERGIO**

Valor: **R\$ 7.087,50**

Banco: **001**

Agência: **000004263-3**

Conta: **0000062728-3**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	7.087,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

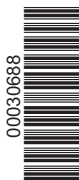
Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 =	R\$	7.087,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

905.118.722-91

Rosângela Maria Sérgio

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Rosângela Maria Sérgio</u>		CPF titular da conta <u>905.118.722-91</u>	Profissão <u>Do Lar</u>
Endereço <u>R: Rio Amajari</u>		Número <u>212</u>	Complemento
Bairro <u>Aracelis S. maior</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>Roraima</u>	CEP <u>69.315-018</u>
Email		Telefone (DDD) <u>(95) 99117-2387</u>	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

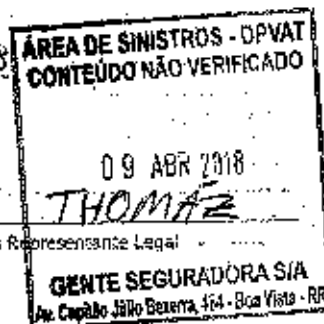
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 70.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPEANCA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> NÍAO (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome <u>Brasil</u> <small>digite</small> <u>001</u> AGÊNCIA NRO. <u>5263</u> <small>digite</small> <u>3</u> <u>02728</u> <small>digite</small> <u>3</u> <small>(Informar dígito se existir)</small>	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Boa Vista 03 de Abril de 2018
Local e Data

Rosângela Maria Sérgio
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o crédito e o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário no campo 2: "Assinatura do Representante Legal".

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pela menor da idade (no campo 1: "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2: "Assinatura do Representante Legal").

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

02 MAI 2018

THOMAS

Número do Sinistro ou ASI

CPF da Vítima

905 118 722-91

Nome completo da vítima

Rosângela Maria Sérgio

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Rosângela Maria Sérgio	905 118 722-91	Dir. Lar
Endereço	Número	Complemento
R. Rua Amajari	212	
Bairro	Cidade	CEP
Red. Anacelis. maior	Boa Vista	69 315-018
E-mail	Estado	Telefone (DDD)
	RR	(95) 99130-2658

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 7.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ NAO (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. DIV. CONTA NRO. DIV.
(informar dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO NOME NRO. AGÊNCIA NRO. DIV. CONTA NRO. DIV.
Banco Brasil 001 4243 3 62.728 3
(informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Boa Vista 16 de maio de 2018

Lugar e Data

Rosângela Maria Sérgio
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 010343/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 12/03/2018 12:23 Data/Hora Fim: 12/03/2018 12:37
Origem: Polícia Judiciária Data: 12/03/2018
Delegado de Polícia: Uziel de Castro Junior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 21/11/2017 07:30

Local do Fato

Município: Boa Vista
Logradouro: RUA RAIQ SOLAR

Tipo do Local: Via Pública

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2018

Bairro: Jôquei Clube

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo
GENTE SEGURADORA SIA Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR	

ENVOLVIDO(S)

Nome: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome: ROSANGELA MARIA SERGIO (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: Fortaleza

Nasc: 26/12/1981

Profissão: Do Lar

Nome da Mãe: Maria Lucia Sergio

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA RIO AMAJARI

Bairro: PROFESSOR ARACELIS

Telefone: (95) 99117-2367 (Celular)

Nº: 212

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa NAS1748	Número do Chassi 9C2JC4820DR523029
Ano/Modelo Fabricação 2013/2013	Cor ROSA
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES	Modelo HONDA/BIZ 125 ES
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido

Rosângela Maria Sergio

Envolvimentos

Possuidor



Delegacia de Polícia Civil: Uziel de Castro Junior
Impresso por: Maria Selma Melo de Almeida
Data da Impressão: 12/03/2018 12:37
Protocolo nº: Não disponível


Página 1 de 2

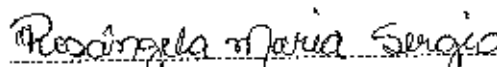
PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante ROSANGELA MARIA SERGIO, não habilitada, relata que na data, hora e endereço acima descrito, conduzia a motocicleta supracitada, de propriedade de EDILEUZA ANTONIA DA CONCEIÇÃO, CPF: 812.004.632-34, trafegava sentido Centro/Bairro, quando a comunicante invadiu a preferencial, causando a colisão entre os veículos; QUE a comunicante foi conduzida ao HGR pela equipe do SAMU; QUE devido o acidente a comunicante teve O TORNOZELO ESQUERDO FRATURADO, A CABEÇA DO DEDO DO PÉ ESQUERDO CORTADO; QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE; QUE o motivo do BO é para fins de requerimento do SEGURO DPVAT. É o relato

ASSINATURAS


Maria Selma Melo de Almeida
Agente da Polícia Civil
Mat. 052400213
Maria Selma Melo de Almeida
Responsável pelo Atendimento


Rosângela Maria Sergio
(Comunicante)

Declaram para os devidos fins de direito que nos (a) Crime(s) responsável(ais) pelas informações acima transmitidas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pelo acidente ocorrido, que dos signatários, encontra-se previsto nos Artigos 523-Dominação Calúnia e 340-Comunicação Falsa do Crime ou de Condição do Código Penal Brasileiro.



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Rosângela Maria Sérgio

CPF da Vítima

Y05.118.722-91

Data do Acidente

21/11/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Boa Vista 03 de Abril de 2018
Local e Data

Rosângela Maria Sérgio

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A

**SAMU
192**

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora () / 1 a 3 horas () / 4 a 24 horas () / Mais de 24 horas () / Não sabe ()

Cancelamento Recusa de Atendimento Não se encontrava no local Recusa de hospitalização Trote Bombeiro no local:		Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino) MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS CONFERE COM O ORIGINAL EM: 12-10-18 Observações:	
Iniciada em: 09 ABR 2018 RCP com sucesso RCP sem sucesso Obs.:		Pol. Militar Guarda Municipal SMTRAN Bombeiro Outros:	
Atendimento no local Trauma HGR Pronto Atendimento Coronel Mota		Pol. Coaraze e Silva - PCCS Hosp. Santo Antônio - HCSA HIMSIN Hosp. Das Clinicas/RR - HCR Hosp. Leste-Irs - HLI Outros	

Descrição: _____

Nome do Receptor: _____

Função do Receptor: _____

Assinatura do Receptor: _____

Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Bom-Vista, nesta oportunidade.

Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

GESTANTE

IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____

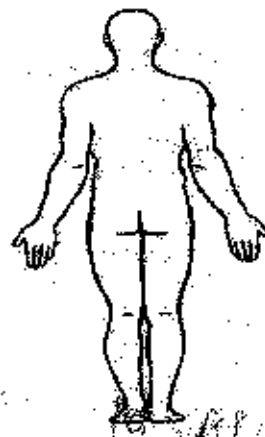
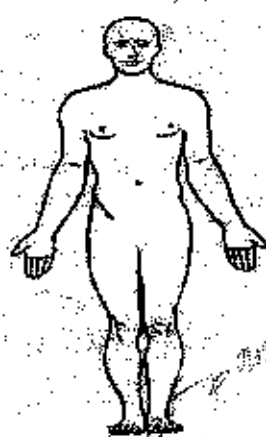
Perda de líquido: _____ BCF: _____

☐ Com cartão ☐ Sem cartão

MATERIAL E MEDICAÇÃO

1) Tala R, Placardura 15cm

1. Aberto Ocular (O):	Respostas	4 pontos
	Estímulo verbal	3 pontos
	Estímulo doloroso	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto
2. Melhor Resposta Motora (M):	Obedece a comandos	5 pontos
	Localizador	5 pontos
	Flexão normal (retirada)	4 pontos
	Flexão anormal (desarticulação)	3 pontos
	Extensão (desarticulação)	2 pontos
	Sem resposta (flacidez)	1 ponto
3. Resposta Verbal (V):	Orientado	5 pontos
	Consciente	4 pontos
	Palavras incoerentes	3 pontos
	Sem resposta	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Urticária de colônias múltiplas semite, HCTe,
 e intensificação momentânea parcial do glau-
 ma no pé (A) Paracetamol 1g (B)
 Chlormed (C) ASSV prescrito, ao
 IR, ao GT.
 Urticária: malgrado urticária comipul-
 100

ASSISTENTE SOCIAL ORIGINAL
 12/03/18
 [Assinatura]

Assinatura [Assinatura] 26/03/18

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: 07/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSANGELA MARIA SERGIO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04263-3

CONTA: 000000062728-3

Nr. da Autenticação 302C0D3FDA276D82

vivo

Nº da Cópia: 0225818373
Mês de referência: 01/2018
Período: 06/12/2017 a 05/01/2018
Data de emissão: 07/01/2018

TANIA HELENA FRACALOSSO DE MELO
R ANTONIO AUGUSTO MARTINS, 347
SAO FRANCISCO
09305-270 BOA VISTA - RR

www.vivo.com.br/meuvivo

Fale conosco: Central de Relacionamento
*8488 ou www.vivo.com.br/faleconosco

Telefonos Brasil S.A.
Av. Capitão João Bezerra, 957
CEP 69.365-025 - Boa Vista - RR
I.E.: 240108035
CNPJ Matriz: 02.558.157/0001-62
CNPJ Filial: 02.558.157/0010-68

Vencimento
21/01/2018

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Denise Helena F. de Melo inscrito (a) no CPF 421.026.772 / 49 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rosângela Maria Sérgio inscrito (a) no CPF sob o Nº 905.118.722 / 91 do sinistro de DPVAT cobertura Incêndio da Vítima Rosângela Maria Sérgio inscrito (a) no CPF sob o Nº 905.118.722 / 99 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		Número	Complemento
R: <u>Antônio Augusto Martins</u>		<u>347</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Boa Vista</u>	<u>Boa Vista</u>	<u>RR</u>	<u>69.305-270</u>
Email	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)
<u>marina_medeira@hotmail.com</u>	<u>(95) 3224-6539</u>		<u>(95) 99139-8405</u>

Boa Vista, 03 de Abri de 2018
Local e Data

Denise Helena F. de Melo
Assinatura do Declarante

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Batista 404 - Boa Vista - RR

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, EDILEUZA ANTONIA DA CONCEIÇÃO,

RG nº 256999, data de expedição 1/1,

Órgão SSP/RR, portador do CPF nº 812.004.632-34, com

domicílio na cidade de BOA VISTA, no Estado de

RODRIGUES, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

R. Rio Amajari, nº 189,

complemento EASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima ROSANGELA MARIA SÉRGIO cujo o condutor era

ROSANGELA MARIA SÉRGIO

Veículo: motocicleta

Modelo: HONDA/BT 125 ES

Ano: 2013/2013

Placa: MA51748

Chassi: 9C27C4820DR523029

Data do Acidente: 21-11-17

Local e Data: Boa Vista 31-01-18

Edileuza Antonia da Conceição

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 434 - Boa Vista - RR