

BLOCO B

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



Patio do Rio
Ribeirão
Hospitais
Hospitais
Hospitais

1700889079 21/11/2017 08:48:32

FICHA DE ATENDIMENTO**TRAUMATOLOGIA**

DIURNO 07/19 3

Padreiro
ROSANGELA MARIA SERGIO
Data Nascimento: 26/12/1981 Idade: 35 A 10 M 26 D CNS: 708104820039930 CPF: 80511872291 Prontuário: 00008893
Tipo Doc.: Documento: Órgão Emissor: Data Emissão: Sexo: Estado Civil: Raça/Cor: Naturalidade: Nacionalidade:
IDENTIDADE 187028 SSP-RR 21/10/2003 F UNIAO PARDA FORTALEZA - CE BRASILEIRA
Mile: ESTAVEL Contato: (95) 99157-9197
MARIA LUCIA SERGIO Ocupação: NÃO INFORMADA
Endereço: RUA - RIO AMAJARI - 212 - ARACELES - BOA VISTA - RR

Classe de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Ses Prenatal
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
ACIDENTE DE MOTO	Categoría do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
Setor	URGÊNCIA		Procedimento Sol.		Pressão
GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada	SAMU CAPITAL			

Queixa Principal: Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue

Queda muito apesar colisão e outra queda.

Anamnese do Enfermagem	GSC	TOTAL
	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	JS

Anamnese - (HORA DA CONSULTA): *O pôrda consciência e vômitos. Querida de dor um pé (E).*

Exame Físico: *B6G, CORTE EMPINADA, Humer. Esternal.
Lesão em fáliux (E) e pôrda amatomia.*

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Hipótese Diagnóstica: <i>Fraqueza exposta fáliux (E)?</i>	09 ABR 2018
---	-------------

SADT - Exames Complementares: <input type="checkbox"/> RAIO-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:	GENTE SEGURADORA/SIA
---	----------------------

PRESCRIÇÃO**APRAZAMENTO**

<i>- Duplexa IAN → RX</i>	<i>- Tibial 400mg m</i>	<i>09 MAI 2017</i>

Conduta: <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta e Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revenda <input type="checkbox"/> Transferência para: <i>ONTOPEDEIA</i>	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input checked="" type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input checked="" type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Altas: / / / / / /	Certifico e declaro que a presente ficha é original e não foi apresentado nenhuma outra no atendimento. O paciente não foi apresentado neste horário.
--	---	--

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: Ileamarie
Data/Hora: 21/11/2017 08:49:55

Kelly Duarte
Médica
CRM/RR 1709



SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

5 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Eduardo Henrique Sena

6 - N° DO FRONTUÁRIO
8893

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7106110148121010399930

8 - DATA DE NASCIMENTO

26/12/81

9 - SEXO

F

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Maria Lucia Sena

11 - FONE DE CONTATO
FRONTEIRAS

12 - ENDERECO (RUA, N°, Bairro)

R. Rio Amolar, 212, Acácias
Belo Horizonte

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente apresentando Febre e dor intensa na perna esquerda + aumento contínuo da líqua pleural.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

grauamente urinária

ÁREA DE SINISTROS - UPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09/ABR/19

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

Ex - Feces + rx

GENTE SEGURADORA S/A
Av. das Cidades, 1000 - Belo Horizonte - MG

21 - CID H PRINCIPAL, 22 - CID H SECUNDÁRIO, 23 - CÓDIGO ASSOCIAÇÃO

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Febre tibial (E) + dor tibia (E)

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Intervenção

OTOP

27 - CÓDIGO DA INTERNADA

28 - DOCUMENTO

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

(CNS)

(CPF)

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SÉRVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PREScrição MÉDICA

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

OK

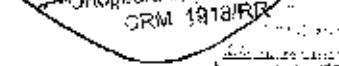
HGR
HOSPITAL
GERAL DE RORAIMA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	21/11/19	DN	26/12/1989
PACIENTE		ROSANGELA MARIA Serrão			
DIAGNÓSTICO		Fratura de fíbula esquerda			
ALERGIAS		O	HAS	NEGA	DM2
IDADE		36 Ano	LEITO	DATA	21/11/19
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE			S/N	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			MANUTEN	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H SUSPENSAO			MANUTEN	
4	TILATIL 20mg 12/12hs			10:30	
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N			S/N	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			S/N	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			S/N	
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS			10:30	
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			S/N	
10	SSVV + COGG 6/6 H			NOT ENIG	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110-MMMHG			S/N	
14	CURATIVO DIARIO			NOT ENIG	
15	CEFALOTINA 1g ev. GL6 horas			10:30	
16				10:30	
17				10:30	
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
09 ABR 2010	
GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR	

Dr. Marcella Marques
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1918/RR



Até o dia 10/04/2010, o paciente se encontra
estabilizado, sem complicações.
Av. Brig. Escrivão Bezerra, 50
Nova Boa Vista - RR - 69310-000
AUTORIZADO

09 MAR 2010

Certifico a Dr. Fábio, a presente
cópia é da Recuperação Oficial
do ato apresentado neste dia.

PA P T°C

SINAIS VITAIS				
6 H	154/90	69	36.7°C	
12 H	125/65	69	36.8°C	
18 H	130 X 90	69	36.4°C	
24 H	143/85	66	36.0°C	

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

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



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

Ex. Muz.

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

IDADE

ITEM

HAS

DM

LEITO

DATA

22/11/17

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1	DIETA ORAL LIVRE	S/N
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 horas	14h 20 95
5	DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS	14h 20 96
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS s/n	S/N
7	SSVW+CCGG 6/6 horas	NOTA ENA
8	CURATIVO DIARIO	NOTA IN
9	Gelatina 1a ev 6/6h	18/11/2016
10	Da 10h30	
11		Dr. Leonardo Rabelo CRM-RR 1716
12		
13		
14		
15		
16		

1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC, 10U/100ML ME
ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:6UI; 351-400: 10UI >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 mmHg OU
PAO > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER FAZ VADA
ACHMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO .

LUCRAÇÃO 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		
11AIS VITAIS						
6 H	116x76	60	21			
12 H	113x81	66	21	36.7		
18 H	130x80	80	21	36.3		
24 H	158x84	69	20	36.4		

Dezena Coutinho da Silva
Enfermeira Enfermagem
CRM-RR 418.613
CRF-RR 415.018

Diluir as 24 h
500 ml





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



219-4

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	rosangela meiro sergio		
DIAGNÓSTICO	fr de frx		
ALÉRGIAS	NEGA	HAS	<i>100% 19/4</i>
IDADE	35	LEITO	DATA: <i>23/11/2017</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO		
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS		
3	PARACETAMOL 750 MG VO 6/6 HORAS		
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 8/8 HORAS sr		
7	SSVW+COGG 8/6 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: 1QUI E QU GLICOSÉ ≤ 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:

H. Medeiros P. J.

*A. Paula C. Medeiros Jr.
Médico
CRM-RR 1028*

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 ABR 2018
GENTE SEGURADORA S/A Av. Capital, 500 Barreto, 404 - Boa Vista - RR

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP			
6 H	100/70	66		36.20C			
12 H							
18 H	100/64	66	-	36.30C			
24 H							

Administrada medicacões
no horário expositivo

Tecm. Tolley

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



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA
SERVICO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE	Rosangela Maria Souza			
DIAGNÓSTICO	S. TNE			
ALERGIAS		HAS	DM	
IDADE	35a.	LEITO	DATA 23/11/17	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SND
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 horas			14° 22° 06
5	DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS			14° 22° 06
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn			14° 22° 06
7	SSW+CCGG 6/6 horas			SN
8	CURATIVO DIARIO			Fotina realizar
9	Ciprofloxacin 500 mg EV 6/6h			12° 18° 24° 06
10	Do Sabor p/ frasco marron em unguio			Clemente
11				
12				
13				
14				
15				
16				
<p>1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO: GÁLINSULINA 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: CLOTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH, AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACLÍNICOS CHAMAR PLANTÃO.</p>				

1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO: GÁL. 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**

Z-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CLOTOPRIOL 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 medicamentosa

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

NIR
Regulado
para leito
219-4
Regulação Interna



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	rasatigela mario cavigo		
DIAGNÓSTICO	fx de tnz		
ALERGIAS	NEGA	HAS	Sim
IDADE	36	LEITO	218-4
ITEM	PRESCRIÇÃO		
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	SF 0.9% 600 ML EV 8/8 HORAS		
3	PARACETAMOL 750 MG VO 6/6 HORAS		
4	TRAMAL 50 MG + SF 0.9% 250 ML EV 8/6 HORAS sh.		
5	SSVV+CCGG 6/6 horas		
6	CURATIVO DIARIO		
7	ceftriaxona 1g 12/12 horas ev		
8	clindamicina 600 mg 6/6 horas ev		
9	clexane 40 mg 1 x ao dia		
10			
11			
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 QU. GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PA/D > 110 MMH. AFEIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.			
ÁREA DE SINISTROS - OPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 09 ABR 2018			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Cândido Júlio Barreto, 484 - Boa Vista - RR

J. Pinto Souza
Médico
CRM-RR 1808

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	DURAD	Eva	
6 H	144/88	76	38	35 ⁸	ox	+	
12 H	110/80	84		36,5			
18 H	110/60	108		36,7			
24 H	126/76	80	38	36	ox	+	

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	rasangeira mario sergio		
DIAGNÓSTICO	fx de tnz		
ALLERGIAS	NEGA	HAS	sim
IDADE	35	LEITO	219-4
ITEM	PREScrição		
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+COGG 6/6 horas		
8	CURATIVO DIARIO		
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 QU 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 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO .		

Evolução médica:



Dr. Pablo C. Schaeffers Jr.
Médico
CRM-RR/1000
CRM-SP/1808

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP			
6 H	115x75	67	=	36,7°			
12 H	110x60	70					
18 H	120x70	67					
24 H	100x64	59	-	37°			

06:00 O item 2 não foi realizado por recusa do paciente.
 13/17 12:00
 - 120x80 P:68 T:36,8C - xer: 8/6



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 triz		
ALERGIAS	NEGA	HAS	sim
IDADE	35	LEITO	219-4
ITEM	PRESCRIÇÃO		
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	SSW+CCGG 6/6 horas		
8	CURATIVO DIARIO		
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: <u>10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR</u> PLANTONISTA			
2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PA D > 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 2016

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Ceará, 1061 Centro 630 - 69010-000 - RR

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

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	100/70	80	19	36	
12 H					
18 H	111	80		36	
24 H	100/70	89	29	36	

Às 14:00, Paciente recusou
o item 01 Eninalda Soares Pinto
COREN-RR 1.223.379 TE
Nobre.

Adm Internos 05, 10 e 11, conforme
Prescrição médica. Eninalda Soares Pinto
COREN-RR 1.223.379 TE
Nobre.



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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 surgo		
DIAGNÓSTICO	fx de triz		
ALERGIAS	NEGA	HAS	slm
IDADE	35	LEITO	219-4
ITEM	PRESCRIÇÃO		
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 <i>com paciente</i>		
7	SSVV+CCGG 6/6 horas		
8	CURATIVO DIARIO		
9	ceftrioxona 1g 12/12 horas ev		
10	clindamicina 600 mg 6/6 horas ev		
11	clexane 40 mg 1 x ao dia		
12			
13	U 9 ABR 2018		
14			
15			
16	GENTE SEGURADORA S/A <i>A. Pinto, S.M. Souza, M. Souza, R.R.</i>		
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 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.			

Evolução médica:

Uma vez que o paciente é diabético, deve ser monitorado com frequência para evitar complicações.

Nutrição: Diete e após desjejum dia 29/11, p/ manter mente.

Dr. Adão Góes Guaraná Jr.
Médico
CRM-RR 1902

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H	130x80	74		36°C
12 H	131x83	77		36.9
18 H	140x80	64	19	36,5°C
24 H				

*(ii) Paciente no leito
ATO: estéril, aguardando
exame de cirurgia, noga
lata, administrar medicamento F.D.M.*

*Notas de Paineis
ADM DE BOLSA
COTAS 2012 (276)*

Obs: não tem exames da glicose, CRM-RR 427911

áreas



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 da tnz		
ALERGIAS	NEGA	HAS	sim
IDADE	35	LEITO	219-4
ITEM	PREScriÇÃO		
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 DIARIO		
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 ≤ 60 DL/ML, GLICOSE ≥ 10% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 120 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

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP		
6 H	123x73	73		36,5°C		
12 H	170x80	76		37,7°C		
18 H	128x77	80		36,8°C		
24 H	100x66	65		36,6°C		

20:30 horas foi realizada AVP em
 D (Ola. d 15m 10 no medico das 18hs Ladyanne Canêdo
 Foi administrado medicos fisiologicos e
 Foco pendurado no superoeste de 1000)

As 24 horas paciente
 Foi medicada CP
 Ladyanne Canêdo
 Técnica de Enfermagem
 COREN-RR-272.053



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	rgoangelo marco sergio		
DIAGNÓSTICO	fx de tnz		
ALERGIAS	NEGA	HAS	sim
IDADE	35	LEITO	219-4
ITEM	PREScriÇÃO		
1	DIETÁ ORAL LIVRE		
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS		
5	PARACETAMOL 750 MG VO 6/6 HORAS <i>medicamento com paciente - p</i>		
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	clexane 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 OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p> <p>2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PÁS > 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:

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 APR 2014
GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

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



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



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE rasangele mario sérgio

DIAGNÓSTICO fx de tnz

ALERGIAS

NEGA

HAS

sim

DM

NEGA

IDADE

35

LEITO

2194

DATA

01/12/2017

ITEM

PREScrição

HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

(N)

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

16/12/17

5 PARACETAMOL 500 MG VO 6/6 HORAS 500 MG NTP

18/12/17

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

(N)

7 SSV+CCGG 6/6 horas

18/12/17

8 CURATIVO DIARIO

(N)

9 ceftriaxona 1g 12/12 horas ev

18/12/17

10 clindamicina 600 mg 6/6 horas ev

20/12/17

11 cloxane 40 mg 1x ao dia

18/12/17

12

18/12/17

13

18/12/17

14

18/12/17

15

18/12/17

16

18/12/17

**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 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 Belarmino 404 - Boa Vista - RR

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP		
6 H	100x60	70	—	36.5°C		
12 H						
18 H	100x60	60	—	36.5°C		
24 H	130x60	66	—	36.8°C		



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	Anaangela maria sérgio		
DIAGNÓSTICO	fx de tnz		
ALERGIAS	NEGA	HAS	sim
IDADE	35	LEITO	219-4
ITEM	PRESCRIÇÃO		
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 DIARIO		
9	ceftriaxona 1g 12/12 horas ev		
10	clindamicina 600 mg 6/6 horas ev		
11	clexana 40 mg 1x 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 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:

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

*D. Babb C. Entomologist
Metcalfe
CRM-FP 1988*

	PA	FC	FR	TEMP		
SINAIS VITais						
6 H						
12 H	110	65		36.2		
18 H	118	76		36.4		
24 H	118	66	—	36°		

18:00: Adm. visitações do bairro
(Grand)deusos, conforme previsão, seg.
plantas sem queiras até o final
na favela. Os cidadões descrevem os deuses.



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 tibia	
ALERGIAS	NEGA	HAS
IDADE	35	sim
ITEM	LEITO	DM
	PRESCRIÇÃO	
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 s/n	
7	SSV+CCGG 6/6 horas	
8	CURATIVO DIARIO	
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		
#	<u>1-SE DIABÉTICO:</u> CORRÉÇÃO 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 <u>PLANTONISTA</u> <u>2-QUADRO DE HIPERTENSÃO:</u> CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFÉRIR 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 2016

GENTE SEGURADORA S/A
 Centro Industrial 400 - RR 6011-000

SINAIS VITAIS	PA	PEM - RR	FR	TEMP			
6 H	115/65	80		36°C			
12 H	110x70	93		36°C			
18 H	109x72	90		36,2			
24 H	100/50	84		36°			

paciente no leito sem queixa,
 todos os medicamentos conforme
 prescritas medico

Doutor Silva
 Técnico Enfermeiro
 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	Bragante Mario Sergio		
DIAGNÓSTICO	fx de tnz		
ALERGIAS	NEGA	HAS	sim
IDADE	35	LEITO	218-4
ITEM	PRESCRIÇÃO		
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 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			
<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			
<u>2-QUADRO DE HIPERTENSÃO:</u> 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

05 ABR 2014

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


 Dr. Pedro C. Eckhardt
 Médico
 CRM-RR 1308

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP		
6 H	110/70	65				
12 H	129x92	84	20	36 °C		
18 H	120/70	78	22	36,3		
24 H	120/70	63				

10HS - ITEM (1) PCTE RECUSA A ADMINISTRAÇÃO,
 DEMAIIS MEDICAÇÕES REALIZADAS, SINAIS
 VITAIS AFERIDOS, SEGUINTE AOS CUIDADOS DE
 ENFERMAGEM

Glenir Melo de Araújo
Téc. Enfermagem



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



DATA DE ADMISSÃO:		DIH:	DN:
PACIENTE:	Ronaldo marlio sergio Kosinella		
DIAGNÓSTICO:	fx de friz		
ALERGIAS:	NEGA	MAS:	sim
IDADE:	35	LEITO	218-4
ITEM:	PRESCRIÇÃO		
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.	SSVY+CCGG 6/6 horas		
8.	CURATIVO DIARIO		
9.	cefti flaxona 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.			
<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 ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p> <p>2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SÉ 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:

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2018

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

Dra. Patrícia Estrela Mendes Jr.
 Médico
 CRM-RR 1508

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H	120x81	70		36
12 H	111/68	64	—	36,8
18 H	115x74	63	20	37,0
24 H	120x80	64		36,3

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

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

PACIENTE ROSANGELA MARIA SERGIO

AGNÓSTICO

ALERGIAS

IDADE 35

HAS

LEITO

DM2

DATA

06/12/2017

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1	DIETA ORAL LIVRE	S N/D
2	SF0,9% 500ML EV DE 12/12H	(R/S) 128
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA	SUSPENSO
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA	C/6
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	S N/D
7	DIPIRONA 2ML EV DE 6/6H SN	C/6
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	S N/D
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	C/6
10	SSVW + CCCG 6/6 H	R0 TI MA
11	CURATIVO DIÁRIO	C/6
12	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H	SUSPENSO
13	CEFTAMIXIMA 1G QUINALD.	(R/S) C/6
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 2016

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Cândido Júlio Oliveira, 400 - Boa Vista - RR

18º por ato de segurado
no bairro
queixa. Daiane da Brandão
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 798.578

SEGUE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Dr. Marcus Brunner CRM 1917

Residente de Ortopedia e

Traumatologia

Genitália

Extremidades

Teléfones: 65-298.585

COREN-RR 798.578

	P _A	P	T	R
6 H	177x62	68	36,5	
10 H	166x75	63	36,5°C	-
18 H	178x76	70	36 °C	-
24 H	165x57	67	36,6	

12h. Paciente não sofre algia. Realizada nova ANP em MS (E), com gelos N° 22, pela Téc. POLLYANA. Administradas MEDICAÇÕES C-P.M. e terapêuticas SSVJ.

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

HAS

DM2

IDADE

35

LEITO

219-4

DATA

07/12/2017

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1	DIETA ORAL LIVRE	S/N
2	SF0,9% 500ML EV DE 12/12H	S/N
4	TENOXICAM 40 MG IV, 1X/DIA	SUSPENSO
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA	(66) M/T
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	7
7	DIPIRONA 2ML EV DE 6/8H SN	7 S/N
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	7
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	7
10	SSVV + CCGG 6/6 H	ROTINA
11	CURATIVO DIÁRIO	DR
12	CEPALOTINA 1G EV DE 6/6H	JULY 25 2018 24:00
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 - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2018

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

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

#SOLICITADO:

#CONDUTA: MANTIDA

#PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

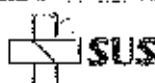
#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capão Júlio Bezerra, 424 - Boa Vista - RR

Rodrigo Corrêa Silveira
Nutricionista
CRM 11239

	O.P	F.C	T
6 H	18x80	71	36°2
12 H	120x81	61	36.4
18 H	100x74	66	36.4
24 H	110x70	59	36°

Dr. Marcus Brunner CRM 1917
Residente de Ortopedia e
Traumatologia



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

Rosangela Mano Santo

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

8893

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

710611101418120101319191310

8 - DATA DE NASCIMENTO

26/12/81

9 - SEXO

F

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Maria Lucia Siqueira

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO FONE:

12 - ENDERECO (RUA, N°, BARRA)

R. Ribeirão das Amoreiras, 212, Jardim das

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Tumor contuso, no fáscio esquerdo.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2018

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

GENTE SEGURO RÁSIA
Av. Castro Alves, 161 - São Paulo - SP

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

HISTÓRIA CLÍNICA, EXAME FÍSICO E RX.

Dr. Max Santo Matos
Ortopedia / Traumatologia
Medicina do Trabalho
CRM 695 - RJ

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

FRACTURA DE TRÍZIO T12 (G).

21 - CID 10 PRINCIPAL, 22 - CID 10 SECUNDÁRIO, 23 - CID 10 QUADRIGRAMA

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

ESTABILIZAÇÃO DA FRACTURA T12 (G).

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

OTTO PINTO

() CNS () CPF

DA

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr. Max Santo Matos Santo 08/12/17

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Dr. Max Santo Matos Santo

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESINTEGRADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

8/12/18

0408050578-5826
V299

(R.17)

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 08/12/17

O.S. _____

Rosangela - Mano - Fase 0.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura luxação tornozelo. ①

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: Osteosíntese da fratura luxação tzn. ②

TIPO DE INTERVENÇÃO: Ortopédica.

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: Ø

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O mesmo.

CIRURGÃO: Dr. Max Scutti.

1º auxiliar: Dr. Elson Sarnas.

2º auxiliar:

INSTRUMENTADORA:

3º auxiliar: Dr. Max Scutti, Maier
Ortopedia e Traumatologia
Medicina do Trabalho
CRM 406 - RRDr. Elder Góes
Medico Regidente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

ESTESTISTAS:

ANESTESIA:

ESTESTISTAS:

ANESTÉSICO:

VÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Pivôto em 00/12 sob efeito anestésico
- ② ANEXO, artroscopia e correcção da lesão meniscal.
- ③ luxação - largitudinal - face interna TZN ② + divisão por placas articulares.
- ④ Reduzido ar fratura luxação TZN sob visualização direta + fixação com placas del estabilizar e avitrocos. com enxerto de infiltração de óssos.
- ⑤ revisão da hastes metálicas
- ⑥ LNC com 80%.
- ⑦ fixação por placas articulares.
- ⑧ curativo

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. das Américas, 434 - Brás - SP



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Avançando Pelo Desenvolvimento dos Brumilhos"

FICHA DE ANESTESIA

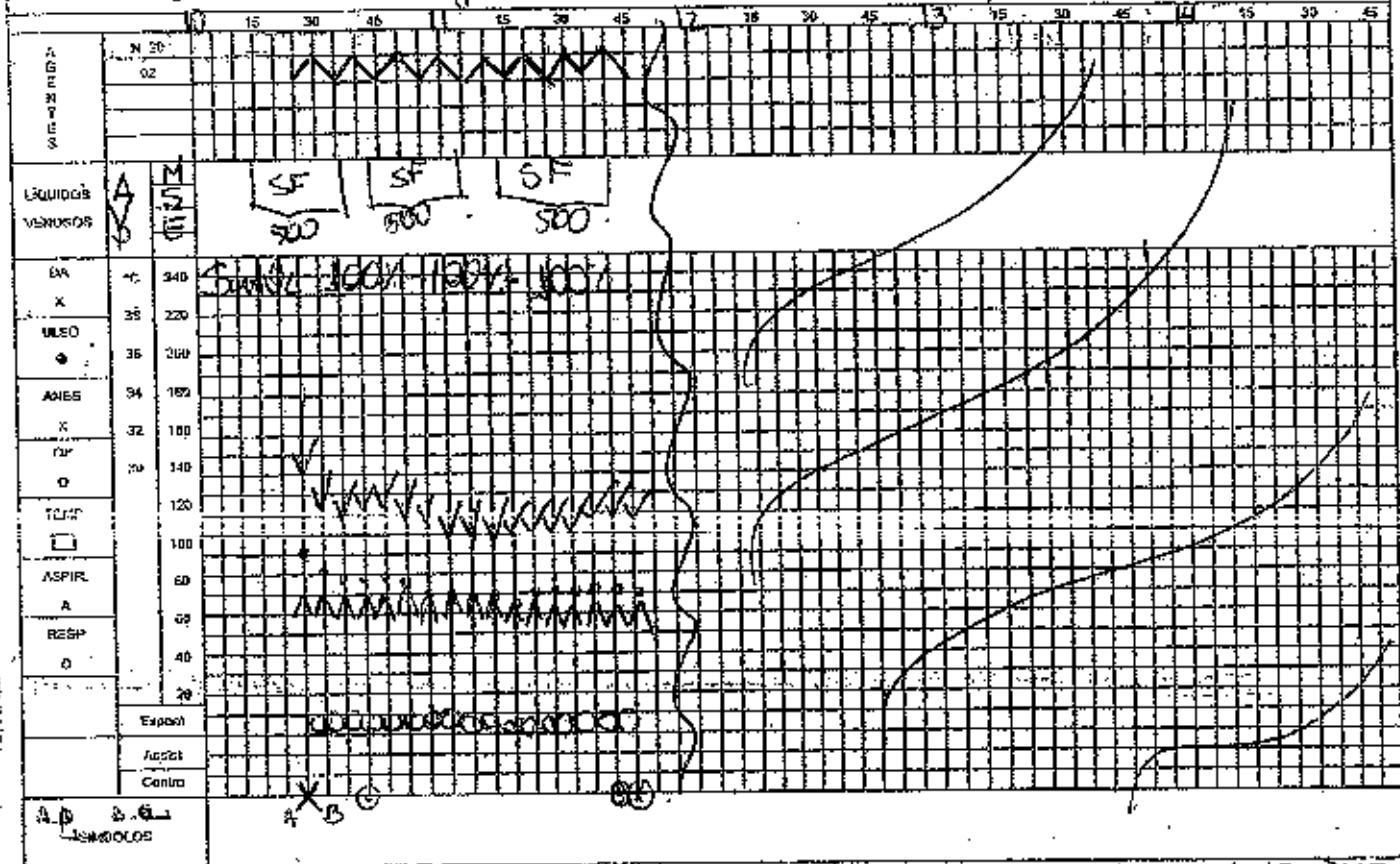
Rosangela Maria Serrão, 35a

08/12/17

HISTOLOGIA - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Fentanyl 50 mcg EV
Midazolam 2 mg EV

74



AGENTES		HODER
A	1000ml	1000ml
B		
C		
D		
E		
F		
G		
GLUCOSE	1000ml	
AGUA		
SANGUE		
CP	1500ml	
TOTAL	1500ml	
OPERAÇÃO		
Estimativa de f		
ANESTESIA		
Dr Aron / Riz Cello		

TÉCNICA
Raquitostria hiperbá
rica simple, bombas
Sob ventilação expos
itiva

- ANOTACOES**

 1. Monitorizar (ECG, batr, PA, T)
 2. Antinevralgica c/ alcohol 10% + campo estéril.
 3. Puncão lombal; anestesia L3, paravertebral D, c/ agulha 27g múltipla.
 4. Injeções do agente A.
 5. Cefalotina 2g EV
 6. midazolam 2mg EV
 7. midazolam 4mg EV
 8. Hidrocoritona 30mg EV

TEMPO DE ANESTESIA

Leitung - Espresso - Espresso Seco
Octavio Gómez Alfonso - Super-Visor
"Buckito" - Vomita

Hanoveria • Amália
Brasil Yaguá Barra • Chequie

ANESTESIA
Dr. Ario / Rn2 Clio

2008

~~CHURCH~~
Dr Max / Bruno / Hölzer

PICINA SANGUINARIA

DR. SANTOS
Comptabil

[Signature]
David Gutiérrez
Méjico D.F.
AFM-PR 1514

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

04 APR 2018

GENTE SEGURADORA S/A



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE <i>Roxanele m. Sergio</i>		APT OU LEITO 219-4	Nº DO PRONTUÁRIO 00.00887.3	DATA 08 / 12 / 17	
TIPO <i>Fratura no Tornozelo G</i>		CIRURGIA			
		TEMPO DE DURAÇÃO			
		INICIO 10:56	FIM 11:22	TEMPO TOTAL	
CIRURGIÃO <i>Marcos</i>		EQUIPE MÉDICA			
1º AUXILIAR <i>Bruno</i>		ANESTESISTA: <i>Conrado</i>	+ Marcell		
2º AUXILIAR <i>Gilberto</i>		RES. ANESTESIA: INSTRUMENTADOR			
		CIRCULANTE	<i>Gilberto + Lili</i>		
TIPO DE ANESTESIA:					
TEMPO DE DURAÇÃO:					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS, SORO FÍSIOLOGICO 500ml	
<input checked="" type="checkbox"/>	PACOTES GAZE			FRASCOS - SORO RINGER LACTADO	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS - SORO GLICOSADO	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLNº	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON N°	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
<input checked="" type="checkbox"/>	GUAVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
<input checked="" type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURINº 24			FIO CATGUT SIMPLES N°	
	DRENO DE SUÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°	
	DRENO DE PENROSE N°			FIO SEDA N°	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATANº	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 10ML		<i>2ml</i>	GEOPOM PVP. Tópico	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 20ML		<i>2ml</i>	FITA CARDIACA Alcool	
			<i>2ml</i>	OUTROS: Clorexidina	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)		MATERIAL MEDICAMENTOS		
<i>Stefanie + Bruna</i>		SUB- TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		TAXA DE SALA	TAXA DE ANESTESIA	
<i>Gilberto + Lili</i>				
		SOMA		
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2018



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	HAS	DM2	
35	LEITO	219-4	DATA
ITEM	LEITO	DATA	PRESCRIÇÃO
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	SF0,9% 500ML EV DE 12/12H		
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA		
5	OMÉPRAZOL 40MG EV PELA MANHÃ		
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 > 180 E OU PAD > 110 MMHG		
10	SSVV + CGGG 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			

#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 Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

ÁREA DE
CONTEÚDO

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

6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

Dr. Marcus Brunner CRM 19.177
Residente de Ortopedia e
Traumatologia



FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE <i>Roxângela m/s Sergio</i>		APT OU LEITO <i>219-4</i>	Nº DO PRONTUÁRIO <i>00008893</i>	DATA <i>08/11/2017</i>
TIPO <i>Fratura na Femurxlo 6</i>		CIRURGIA	TEMPO DE DURAÇÃO	
		INÍCIO <i>10:56</i>	FIM <i>11:22</i>	TEMPO TOTAL
CIRURGIÃO <i>Marc</i>		EQUIPE MÉDICA		
1º AUXILIAR <i>Bruno</i>	ANESTESISTA: <i>Luiz Cláudio + Marcella</i>			
2º AUXILIAR <i>Gloria</i>	RES. ANESTESIA:			
		INSTRUMENTADOR	CIRCULANTE <i>Gilberto + Lili</i>	
TIPO DE ANESTESIA:		TEMPO DE DURAÇÃO:		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS
<input checked="" type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS: SORO FISIOLÓGICO 500ml
<input checked="" type="checkbox"/>	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7,0			FRASCOS- SORO GLICOSADO
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7,5			FIO VICRYL N°
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8,0			FIO MONONYLON N°
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8,5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°
<input checked="" type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURIN° 24			FIO CATGUT SIMPLES N°
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE SUÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE PENROSE N°			FIO SEDA N°
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 01ML			SURGICEL
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA03ML			CERA P/ OSSO
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA05 ML			KIT CATARATAN°
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 10ML		<i>2ml</i>	GEOFOAM p.vf. Tópico
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA20ML		<i>2ml</i>	FITA CARDIACA Alcool
			<i>2ml</i>	OUTROS: Clorexidina
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE <i>Stefanie + Enica</i>	MATERIAL MEDICAMENTOS		
PUNCIÓNARIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA <i>Gilberto + Lili</i>	SUB- TOTAL		
AREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		TAXA DE SALA		
		TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				

09 ABR 2018

GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopedia

Tipo Cirurgia:

Fixar m
Ponto de
Estabilizar

Data: 05/12/17

Nº DO PRONTUÁRIO:

Paciente: Ricardo Henrique Serrano Idade _____

Bloco: B Enfermaria 09 Leito: 4

Caixa: Pl. Ocular Fixamento Nº _____

Circulante: Eduardo Lira Sala: 4

Conferência Exburgo CME:

Material Utilizado:

1 Vaso Plástico 7 o REFLETOR DCP
1 Vaso Plástico CAUTELA N° 13
1 Vaso Plástico ESPINHAZO N° 14

Médico Responsável

1º Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2º Via - CME

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 ABR 2018
GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão Alípio Bezerra, 434 - São Vito - RR



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

Nome: Renan Valente S. Braga
Responsável Clínico: MARCELO VIEIRA P.

Anestesista

ANTES DA INCISÃO

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

Atenção

Sítio Cirúrgico

Procedimento

Consentimento Sim Não

RISCO CIRÚRGICO

Aplica Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

Sim Não Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUIDA

OPERAÇÃO DE FULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

REVISÃO DO CIRURGÃO:
Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

PACIENTE POSSUI

ALERGIA CONHECIDA
 Não Sim, Qual:

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

Não Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ml

Não Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:
Os materiais necessários, como instrumentais, profissões 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:

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

Sim

Não se aplica

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA

EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: U8m Não

CIRURGIAO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

Identificação do paciente

Sítio cirúrgico

Procedimento

IDPVA/TCIDVATICO
ÁREA DE SINISTRO: PERO
CONTENDO NÃO VER

09 ABR 2018

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM CIDAM EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERTIDAMENTE COM A EQUIPE:

Visitação

Visto

O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

Não

SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTOS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS

Sim Não Não se Aplica

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 CIRURGIAO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

Sim Não Não se Aplica

**Jeferson A. G. A. Silveira
Enfermeira
COPESP 122220**

Assinatura e Carimbo

Assinatura _____
Hora: _____

HGR



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Rosangela Myia Segis

35

ANOS,

DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 03/11/17,

DIAGNÓSTICO DE Esterno luxado TN7 C, COM

NO DIA 09/11/17

FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE

Osteosíntese do esterno luxado TN7 C

SENDO

OPERADO PELO DR. Mota

E DR. Eduardo

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 10/12/17, AS 8h

EM BOIM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

BOIM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL

CORONEL MOTA NO DIA 18/12/17, AS 8h

DR. Eduardo

ÁREA DE SINISTROS - DR. MOTA O
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 ABR 2018

ORIENTAÇÕES GERAIS:

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

- 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.

Centro de Saúde de Roraima
Av. Dr. J. R. da Cunha, 500
Novo Planalto - Tel: (65) 3221-6620
AUTENTICAÇÃO

06 MAR 2017
Centro de Saúde de Roraima
Av. Dr. J. R. da Cunha, 500
Novo Planalto - Tel: (65) 3221-6620

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

BOA VISTA, 10, 12, 17

Dr. Fábio Oliveira
Médico de Ortopedia
06/03/2017 a 10/03/2017

MEDICO



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Forzogato Maria Segis 35 ANOS,

DEU ESTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 21/11/17, COM

DIAGNÓSTICO DE fratura luxação T11 e B

NO DIA 08/12/17, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE

Artroscopia de fratura luxação T11 e B SENDO

OPERADO PELO DR. Max E DR. Eduardo

RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO DIA 10/12/17, ÀS 08h, EM

BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM encaminhamento para o AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL

CORONEL MOTA NO DIA 18/12/17, ÀS 08h, COM

DR. Eduardo

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 Henrique
Médico

10/12/2017 15:23:16

78.4.3.

BIL JBR 6.0

ROSANGELA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

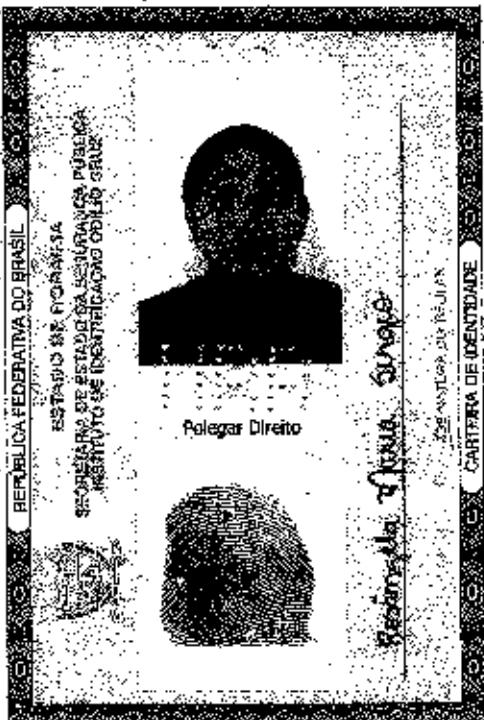
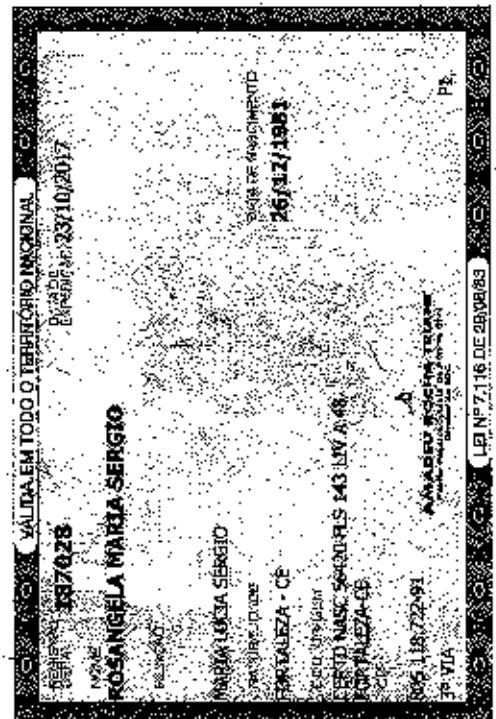
09 ABR 2013

GENTE SEGURADORA SIA
Av. Cemitério Júlio Belotti, 404 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2013

GENTE SIA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MÍNISTROS DAS ESTATES

MOTRAS - RH. N.º 01426580151
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA - FONTE: PESQUISA CAUSAS DAS PRINCIPAIS VITIMAS
AUTOMOBILISTAS DE 1995 - MINISTÉRIO DA JUSTIÇA - SAGA XAMAN - PESQUISA
TRANSPORTADAS SOMA OS MELHORES DADOS

PR NO 00126500515 WILMETTE DE SECUNDIA DPVAT

KEYWORD SEARCHABLE DOCUMENTS
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LIGAR PÓSSEU
SEGUNDO CELULAR 9700-000000000000
OU VISITAR SITES www.sociedade.com.br OU
www.sociedade.com.br

SEGURO ADDA LINEA REVAT

2023 RELEASE UNDER E.O. 14176

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

09 ABR 2019

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

— — — — — SEGUURADURA S/A
Ave Capitão Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

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

0.9 1.0

GENTE SEGURADORA S/A
Av. 23 de Maio, 484 - São Vicente

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:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Reginaldo Wanis".

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 (tibia 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 auxilio 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 término 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 RAIO SOLAR BAIRRO JOQUEI CLUBE

Data e Local do Exame : 01/06/2018 AVENIDA DOUTOR SYLVIO LOFÉGO 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 LOCOMAÇÃO. 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 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 ás 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

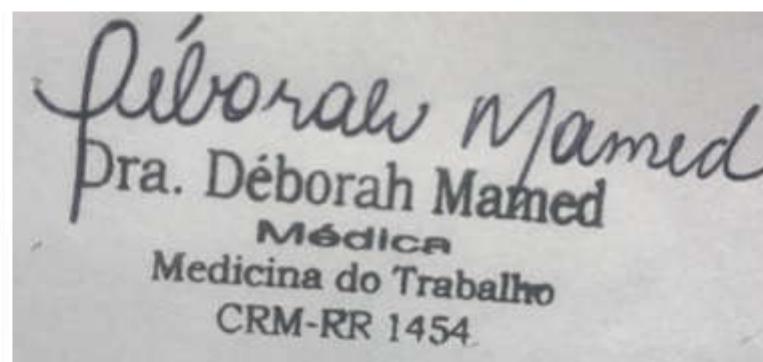
Região Corporal

% 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 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 FRACALOSSI 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



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 FRACALOSSI 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.seguradoraslider.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 n°: 12952356

A/C: ROSANGELA MARIA SERGIO

Nº Sinistro: 3180157401
Vitima: ROSANGELA MARIA SERGIO
Data do Acidente: 21/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: TANIA HELENA FRACALOSSI 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%

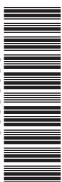
Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = R\$ 7.087,50

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

805.118.722-91

Rosângela maria Sergio

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Rosângela maria Sergio

CPF titular da conta

805.118.722-91

Profissão

De Lar

Endereço

R. Rio Amazonas

Número

212

Complemento

Bairro

Gracilis S. maior Boa Vista

Cidade

Boa Vista

Estado

Roraima

CEP

69.315-018

Email

Telefone (DDO)

(95) 99117-2387

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (287) BANCO DO BRASIL (001) J&C (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

DV

CONTA

Nº

DV

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Brasil

Nº

1.001

AGÊNCIA

Nº

DV

CONTA

Nº

CONTA

Nº

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovação a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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, 23 de Abril de 2013
Local e Data

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2013

THOMAZ

Rosângela maria Sergio

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Beira, 164 - Boa Vista - RR



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 <https://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 efetuar o pagamento.

AVERTIMENTO: O não preenchimento de todos os campos pode impedir o efetuar o pagamento.

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

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.

02 MAI 2018

THOMAS

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 no formulário (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Av. Capitão Júlio Barreto, 335 - Rio Vista - RJ

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 da ASL

CPF da Vítima

805.118.722-91

Nome completo da vítima

Rorângela Maria Sergio

DADOS DO RECIPIÊDO DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Rorângela Maria Sergio

CPF titular da conta

805.118.722-91

Profissão

Dom. fixo

Endereço

R. Rio Amazari

Número

242

Complemento

Bairro

Ribeirão das Flores

E-mail

RR

CEP

69.315-018

Telefone (DDD)

(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

REUSO INFORMAR

R\$ 3.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00

SEM RENDA

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

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

BRASDESCO (027) BANCO DO BRASIL (001) Itaú (041)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Banco Brasil

AGÊNCIA

Nº

DIV

CONTA

Nº

DIV

AGÊNCIA Nº

DIV

CONTA Nº

DIV

(Inserir dígito se existir)

(Inserir dígito se existir)

AGÊNCIA Nº

DIV

CONTA

Nº

DIV

AGÊNCIA Nº

DIV

434248



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 Policia: 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 RAIO SOLAR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Bairro: Jockey Clube

Tipo do Local: Via Pública

09 ABR 2018

Natureza		Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Beiraia, 484 - Boa Vista - RR	Véiculo

ENVOLVIDO(S)

Nome: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO 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) 89117-2387 (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	Envolvimentos
Rosangela Maria Sergio	Possuidor



Delegado de Policia Civil: Uziel de Castro Junior
 Impresso por: Maria Selma Malo de Almeida
 Data da Impressão: 12/03/2018 12:37
 Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Policia

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 010348/2018

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: 812.014.632-34, trafegava a sentido Centro/Bairro, quando a comunicante invadiu a preferencial, causando a colisão entre os veículos; QUE a comunicante foi conduziada 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

Matr. 012400243

Maria Selma Melo de Almeida

Responsável pelo Atendimento

Rosangela Maria Sergio

Rosangela Maria Sergio

(Comunicante)

"Declaram para os devidos fins que esta ((a)) Oficina(s) responsável pelas informações acima transcritas é titular que pode responder civil e criminalmente pelo ocorrido declarando que descreveu, fidedignamente, o que consta no boletim de ocorrência nº 010348/2018, expedido na Delegacia de Polícia Civil da Comarca de União da Vitória - Paraná, no dia 09/04/2018, sob pena de multa prevista nos Artigos 533-Demissão-epm-Calcúlo e 310-Comunicação Falsa da Crime da União da Vitória - Paraná Brasileiro."



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2018

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



Dessegredo de Polícia Civil: Dziel de Castro Junior
Impresso por: Maria Selma Melo de Almeida
Data de impressão: 12/03/2018 12:37
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

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 falo)

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

005.118.722-91

Data do Acidente

21/11/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

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 Lider 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.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

 Boa Vista 03 de Abril de 2018
 Local e Data

09 ABR 2018

 Rosângela Maria Sérgio
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

 Campo 2 - Assinatura do Representante Legal
 Rua Capitão Delfino Soárez, 404 - Boa Vista - RR



UNIDADE: 192

EQUIPE:

Quiane M. V. C. L.

Paciente: *Ronaldo J. da Silva, 55 anos*

Idade: 55

Sexo: Masculino

Nacionalidade: Brasileiro

Raca: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia

Endereço: Rua Boavista, 123

Bairro:

Nº 18745

DATA: 21/11/18

HORA JIB: 23:35

BASE DE VIA ()

RÁDIO ()

Médico (a) Regulador(s) DRT/R CRM:

DR. G. S. S. S.

HORA JIB: 23:35

BASE DE VIA ()

CELULAR ()

NOTA:

[] SOCORRO [] TRANSPORTE [] ATENDIDO NO LOCAL [] OUTRO

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

AUTOMÓVEL

- [] Capotamento
- [] Atropelamento
- [] Colisão AUTO x
- [] Motorista
- [] Passageiro Banco dianteiro
- [] Passageiro Banco traseiro

AUTOMÓVEL

- [] Uso de cinto
- [] Vítima projetada
- [] Vítima encarcerada
- [] Air Bag Acionado

VIOLENCIA

- [] FAB
- [] FAF
- [] Empençamento
- [] Violência Doméstica
- [] Violência Sexual
- [] Tentativa de suicídio

OUTROS

- [] Ac. De Trabalho [] Local [] Trajeto
- [] Queda, Altura aérea
- [] Acidente Doméstico
- [] Queimadura Agente
- [] Afogamento
- [] Agressão p/ animal
- [] Outros:

PEDESTRE

- [] Abordamento
- [] VIA [] CALÇADA

MOTOCICLETA/ BICICLETA

- [] Colisão MOTO x
- [] Queda de moto [] Com capacete
- [] Atropelamento [] Sem capacete
- [] Queda de Bicicleta
- [] Piloto [] Garupa

VIAS AÉREAS

- [] Livre
- [] Obstrução Parcial
- [] Obstrução Total
- [] Corpo estranho
- [] Edema de Glote
- [] Outro:

VENTILAÇÃO

- [] Apneia
- [] Dispnéia
- [] Bradipneia
- [] Taquipneia
- [] Rotcos
- [] Stôncos
- [] Respiração paradoxal

CIRCULAÇÃO

- [] Bradicardia
- [] Tachicardia
- [] Arritmia
- [] Enchimento capilar acima de 2"
- [] Aliseia
- [] Cicloose central
- [] Cicloose de extremidade

AVAL NEUROLÓGICA

- [] AVCN
- [] Miase
- [] Midriase
- [] Anisocoria [] D [] E
- [] Aparentemente Alcoolizado
- [] TDV

Hora

P.A mmHg

F.C Bpm

F.R Min

Sat O₂ %

T. Axilar °C

Glicemia

Esc. visual

"DOR"

APAGAR

Início

30x00

76

118

100%

Fim

Pele

Cabeça

Face

Pescoco

Tórax

Abdômen

- [] Coada
- [] Quente
- [] Pálida
- [] Fria
- [] Úmida
- [] Seca
- [] Cianótica

- [] Contusão
- [] Escoriações
- [] Lacerações
- [] Hematoma
- [] Afundamento
- [] Luxação
- [] Mandíbula

- [] Escoriações
- [] Lacerações
- [] Hematoma
- [] Desvio da traquéia
- [] Enfisema sub-clavicular
- [] Glândula

- [] Escoriações
- [] Lacerações
- [] Tórax instável
- [] Tamponamento
- [] Período Aspirativa
- [] Empedramento

- [] Escoriações
- [] Lacerações
- [] Distendido
- [] Em. tábua
- [] Doloroso
- [] Evulsivado

Pelve

Coluna Dorsal

MMSS

MMH

QUERIADURAS

TOTAL %

- [] Contusão
- [] Escoriações
- [] Dor
- [] Instabilidade

- [] Contusão
- [] Escoriações
- [] Luxações
- [] Lacerações
- [] Fratura
- [] Amputação

- [] Contusão
- [] Escoriações
- [] Luxações
- [] Lacerações
- [] Fratura
- [] Amputação

- [] CABEÇA
- [] PESCOÇO
- [] TORAX
- [] ANTERIOR
- [] POSTERIOR
- [] PÉS
- [] MÃOS
- [] NPE
- [] NPI
- [] NS

- [] CABEÇA
- [] PESCOÇO
- [] TORAX
- [] ANTERIOR
- [] POSTERIOR
- [] PÉS
- [] MÃOS
- [] NPE
- [] NPI
- [] NS

- [] Ritmo Sexual
- [] Taquicardia
- [] Bradicardia
- [] Flutter

- [] Fibração atrial
- [] Fibração ventricular
- [] Assistolia

- [] Respiratória
- [] Neurológica
- [] Psiquiátrica
- [] Metabólica
- [] Cardiovascular
- [] Aborto

- [] Digestiva
- [] Infecciosa
- [] Obstétrica
- [] Pediátrica
- [] Outra

- [] Diabetes
- [] Cardiopatia
- [] HAS
- [] Alergias
- [] Outros

Medicação de uso

ILESO

PEQUENA

MÉDIA

SEVERA

[] LESÕES INCOMPATÍVEIS COM Á VIDA

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS

JUNTA-SE COM O ORIGINAL

EM: 12/10/18

Stephanie

OBSERVAÇÕES

- [] Cancelamento
- [] Recusa de Atendimento
- [] Não se encontrava no local
- [] Recusa de hospitalizar
- [] Trote
- [] Bombeiro no local

- [] Policia Militar
- [] Guarda Municipal
- [] SAMTRAN
- [] Bombeiro
- [] Outros:

- [] Iniciada as:
- [] RCP com sucesso
- [] RCP sem sucesso
- [] Obs.:

09 ABR 2018

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

- [] Atendido no local
- [] Trauma HGR
- [] Pronto Atendimento
- [] Coronel Mota

Pol. Coimbra e Silva - PCCS

Hosp. São Antônio - HCSA

HMINSN

Hosp. Das Clínicas/RR - HCR

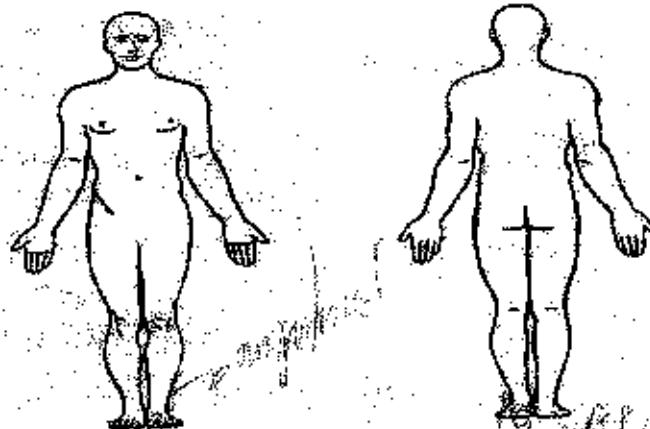
Hosp. Lotte-Ins - HLI

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/Boca Vista, nesta oportunidade:
Assinatura do Paciente:	RG: _____
TESTEMUNHA 01:	RG: _____
TESTEMUNHA 02:	RG: _____

GESTANTE	MATERIAL E MEDICAÇÃO
IG p/ sarnaia: _____	11 tântalo R, 100ml dura
Perda de líquido: _____	15cm
110cm certão: [] Sain certão	BCF: _____

1.	Abertura Ocular (O):	Responda:	4 pontos
		Esguicho verbal:	3 pontos
		Estremulo doloroso:	2 pontos
		Sem resposta:	1 ponto
2.	Melhor Resposta Motor (M):	Obedecia a comandos:	6 pontos
		Localizou:	3 pontos
		Flexão normal (retinada):	4 pontos
		Flexão anormal (decorticada):	3 pontos
		Extensão (descorticada):	2 pontos
		Sem resposta (destrita):	1 ponto
3.	Resposta Verbal (V):	Orientado:	3 pontos
		Confuso:	4 pontos
		Palavras inapropriadas:	3 pontos
		Sínsis incompreensíveis:	2 pontos
		Sem resposta:	1 ponto



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Vitória da Cebola no dia seguinte (10/06/2014) -
entubamento amniótico parcial do globo
ocular no dia 09/06/2014. Deslocado milímetro (1)
retrocedendo (1) ISSUV prontamente, ao

10/06/2014.
Operação realizada curativo semiprotetor

10/06/2014. Curativo removido e substituído por curativo protetor.

11/06/2014. Curativo removido.

12/06/2014. Curativo removido.

13/06/2014. Curativo removido.

14/06/2014. Curativo removido.

15/06/2014. Curativo removido.

16/06/2014. Curativo removido.

17/06/2014. Curativo removido.

18/06/2014. Curativo removido.

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: 00000062728-3

Nr. da Autenticação 302C0D3FDA276D82



Nº da Conta: 0220818873
Mês de referência: 01/2018
Período: 06/12/2017 a 05/01/2018
Data de emissão: 07/01/2018

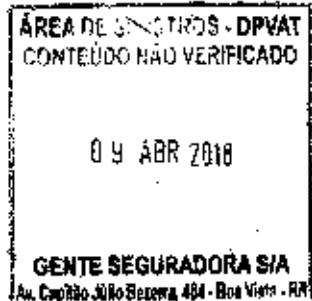
TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO
R ANTONIO AUGUSTO MARTINS, 347
SAO FRANCISCO
09305-270 BOA VISTA - RR

www.vivo.com.br/meuvivo

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

Telefônica Brasil S.A.
Av. Capitão João Braga, 957
CEP 69.305-025 - Boa Vista - RR
IE: 240108036
CNPJ Matriz: 02.558.157/0001-62
CNPJ Filial: 02.558.157/0046-49

Vencimento
21/01/2018



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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 Dânia Helene F. da melo inscrito (a) no CPF 421.026.972-49, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Renângela maria Sergio inscrito (a) no CPF sob o Nº 005.119.722-91, do sinistro de DPVAT cobertura Finalidade 3 da Vítima Renângela maria Sergio inscrito (a) no CPF sob o Nº 005.119.722-99, 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
<u>R: Antônio Augusto martins</u>		347	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>José Francisco</u>	<u>Boa Vista</u>	<u>RR</u>	<u>69.305-270</u>
Email		Telefone comercial(DDD): <u>(45)3226-6579</u>	
<u>psilana.melos@gmail.com</u>		Telefone celular (DDD): <u>(45)99439-8405</u>	

Boa Vista, 03 de Abril de 2018
Local e Data

Dânia Helene Freitas da melo
Assinatura do Declarante

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2018

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, EDILEUZA ANTONIA DA CONCEIÇÃO,
RG nº 256999, data de expedição / /,
Órgão SSP/RR, portador do CPF nº 812.004.632-34, com
domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de
RORAIMA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. Rio Amazonas, nº 189,
complemento esq 57, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima ROSA NEGRA MARIA SÉRGIO cujo o condutor era
ROSA NEGRA MARIA SÉRGIO

Veículo: MOTOFRETE
Modelo: HONDA/BR 125 OF 5
Ano: 2013/2013
Placa: KA51748
Chassi: 9C2T4820DR523029
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 Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR