



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

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 3217227

DIONISIO DE SOUZA SOARES

R. REINALDO NEVES, 151,

JARDIM FLORESTA

69312045 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 297151	MÊS 07/2019	PERÍODO DE CONSUMO 10-JUN-19 a 11-JUL-19
CONSUMO (kWh) 303	VENCIMENTO 02-AUG-19	TOTAL A PAGAR R\$ 263,58

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



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

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 297151	MÊS 07/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 263,58
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836000000023.635800750005.000000000299.715107190053





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

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 3299545

ANTONIO LOPES DA S FILHO

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

69313572 BOA VISTA

RR

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

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



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

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

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

836300000046.418400750000.000000000539.918007190054



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu **LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES** inscrito (a) no CPF nº **294.316.382-15**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **SUZANE LEMOS MOURA** inscrito(a) no CPF sob o nº **013.886.922-79** do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da vítima **SUZANE LEMOS MOURA** inscrito (a) no CPF sob nº **013.886.922-79**, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

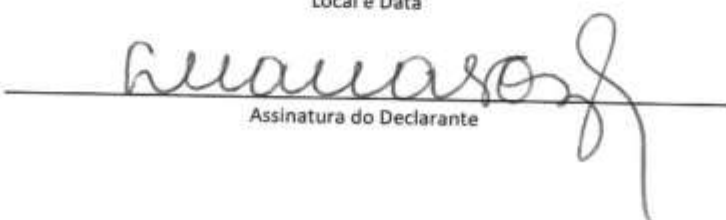
☒ Recuso informar

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

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

Endereço RUA SD.PM.JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA		Número 359	Complemento
Bairro CARANÃ	Cidade BOA VISTA	Estado RR	CEP 69.313-572
Email luanna.souza71@hotmail.com		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) (095) 99116.8367

Boa Vista-RR, 28 11 19.
Local e Data


Assinatura do Declarante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3190711494 3 - CPF da vítima: 01388692279 4 - Nome completo da vítima: SUZANE LEMOS MOURA

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

5 - Nome completo: SUZANE LEMOS MOURA 6 - CPF: 01388692279
7 - Profissão: DOLAR 8 - Endereço: R. REINALDO NEVES 9 - Número: 151 10 - Complemento:
11 - Bairro: JARD. FLORESTA 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69312045
15 - E-mail: LUANNA.SOU22A71@HOTMAIL.COM 16 - Tel (DDD): 95991168367

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 00522 CONTA: 26353 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairasos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA, 07/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

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

62

1901161793 14/09/2019 16:26:32
Paciente
SUZANE LEMOS MOURA
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data
IDENTIDADE 3754928 SSP-RR 07/01
Mãe
ANA MARIA LEMOS MOURA
Endereço
RUA - COMUNIDADE BOQUEIRAO POLO BAS

Class. de Risco Plano Convênio
SUS - SISTEMA ÚNICO
Motivo do Atendimento Caráter do At.
ACIDENTE DE MOTO URGÊNCIA
Setor Tipo de Chega
GRANDE TRAUMA TRANSPOR

Queixa Principal

Acidente moto com lesão
Anamnese de Enfermagem

Anamnese - (HORA DA CONSULTA -)
Paciente chega ao tra
prer

Exame Físico
A. vias aéreas patentes
B. suprimido
C. sem sangramentos
Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares
☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON
PRESCRIÇÃO

5. corticóides

Conduta
☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☐ Transferência para:

óbito
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não

Assinatura do Paciente ou Responsável

Impresso por: lidiane.oliveira
Data Hora: 14/09/2019 16:27:13

ENDEREÇO
1901161793
14/09/2019
16:26:32
1901161793
14/09/2019
16:26:32
1901161793
14/09/2019
16:26:32

ATOLOGIA
CNS 898003208133636 CPF 01388692279
Naturalidade Nacionalidade
BOA VISTA - RR BRASILEIRA
Contato
(95) 98400-0907
Ocupação

Validade Autorização Sis Prenatal
Procedência Temp. Poso Pressão
Sot. Registrado por
LIDIANE OLIVEIRA
☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

GSC TOTAL
AD: 1234 RV: 12345 MIR: 123456

exame de mto por conta pr
orientada
laure do 2º e 3º
meta torço

APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO

Hospitalar
Observação (Até 24h)
Internação
Hora da Saída/Alta: / / : :
Anatomia Patológica / / : : : :

Assinatura do Médico





Suzane Lemos Moura

Data: 14/09/19

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

D. IÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

R1

- 1) Paciente em
- 2) supino e
- 3) liberação de
- 4) Javapi mecon
- 5) do furo de
- 6) Vermelho de
- 7) + regulagem
- 8) Redução de
- 9) 1,5 kg de
- 10) No dedo indicador
- 11) Sutura de 10
- 12) curativos
- 13) RPA

1º e 2º V.D. de (D)
 1º e 2º V.D. de (D)
 1º e 2º V.D. de (D)

2 meses

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESIA:

DURAÇÃO:

DE CIRURGIA:

1º e 2º V.D. de (D)

1º e 2º V.D. de (D)

1º e 2º V.D. de (D)

1º e 2º V.D. de (D)

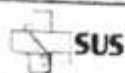
1º e 2º V.D. de (D)

1º e 2º V.D. de (D)

1º e 2º V.D. de (D)

1º e 2º V.D. de (D)

Dr. Odinachi Okemiri
 Médico
 CRM/RN 1851



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Wzane Lemos Morra

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc

1

Fem

3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com regularização de rotina (14/15)
aguardando evolução da ferida
para alta.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Aspirina

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

Anamnese + exames

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Regularização de rotina (P)

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)

Ortopedia

() CNS

(X) CPF

533152232-91

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

16/09/19

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU FALHAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - CNPJ EMPRESA

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - Nº DO BILHETE

37 - SÉRIE

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CIDH

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ORÇÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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)



DE SAÚDE DE RORAIMA
CLÍNICA DA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MÉDICA HOSPITAL DE CLÍNICAS

HC

DATA DE ADMISSÃO		16/9/2019	DIH	16/9/2019	DN	7/7/1978
PACIENTE	SUZANE LEMOS MOURA					
DIAGNÓSTICO	REGULARIZAÇÃO COTO PE DIR					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE		LEITO	428	DATA	16/9/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					SND
3	SS/VV 6/6 H					monte
4	SSF 500 ML EV ACM					RODR
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN					ACM
6	PLASIL 10MG EV 8/8H SN					SN
7	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 50MG VO 8/8h SE DOR INT					SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS >= 160 E/OU PAD >= 110 MMHG					SN
	CIPROFLOXACINO 500 MG VO OU 400 MG EV 12/12 H					24
	DIMETICONA 40 GT VO 8/8 H					24
9	CLINDAMICINA 600mg EV 6/6h					24
10	CURATIVO DIARIO					00
11						M
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA						
EVOLUÇÃO MÉDICA:						

Dr. Richard Cruz
Médico
CRM/R 1478

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	D	E
6 H	110/70	65	-	36	+	-
12 H						
18 H						
24 H	100/60	60	-	36.3	+	-

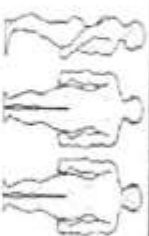
SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Supine Lando Moura HD Jaqueline de Aze
 DATA: 16/09/19 SEXO: () M (x) F IDADE: 42 PESO: 42 KG. LEITO 428 • ALÉRGICO? po

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

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



LESÕES

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

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

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

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

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

- EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
 DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
 FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
 MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTE TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
 RUÍDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS
 CIRCUNSCRIÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:

- () HÍDRATADA () ÚMIDA () DESHÍDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALÍDIA () RUBORIZADA () ICTERICIA
 () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () JACROCIANÓTICA
 TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

- RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
 PERCUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINuíDA
 PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
 PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
 LOCAL DO PULSO: FREQUÊNCIA:

APARELHO GASTROINTESTINAL

- APETITE: () NORMAL () DIMINuíDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
 R.U.M.A: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () MAG PALPÁVEL
 ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MILENA

APARELHO GENITURINÁRIO/DIURSE:

- () ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CRISTOSTOMIA () SVD () URÍDIA () CONCENTRADA
 () HEMATURIA () COLÚRICA () QUIGURIA () POLÚRIA () DISÚRIA () ANÚRIA

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () RISCO DE INFECÇÃO
 () PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
 () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
 () TROCA GASOSA PREJUDICADA
 () ANSIEDADE
 () MEDO
 () ENFRENTAMENTO INEFICAZ
 () RISCO PARA NUTRIÇÃO
 () DESQUILIBRADA
 () MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
 () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
 () DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
 () FADIGA
 () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
 () RISCO PARA QUEUDAS
 () RISCO PARA LESÃO
 () AUTOESTIMA PERTURBADA
 () DIARREIA
 () CONSTIPAÇÃO
 () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
 () DÉFICIT DO AUTO CUIDADO
 () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
 () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
 () DOR
 () HIPOTERMIA
 () HIPERTERMIA
 () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
 () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
 () DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
 () CONFORTO PREJUDICADO
 () DÉBITO CARDÍACO DIMINuíDO
 () OUTROS:
- () MANUTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
 () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
 () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 1 / 1 H
 () MANTER MONITORIZAÇÃO
 () MANTER CABECEIRA ELEVADA 1 / 1 H
 () ASPIRAR VIAS /TOT 1 / 1 H
 () VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
 () ATENTAR PARA QUEIXAS ALGÍCIAS
 () ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
 () OBSERVAR PERFUSSÃO PERIFÉRICA
 () MANUTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
 () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE 1 / 1 H
 () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
 () VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
 () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
 () VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
 () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
 () MANUTER JEJUM A PARTIR DAS: 1 / 1 HORAS
 () REALIZAR DEXTRO 1 / 1 HORAS
 () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSSÃO
 () ORIENTAR AUTOCUIDADO
 () REALIZAR BANHO NO LETO
 () REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO 1 / 1 H
 () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
 () PREPARAR PARA EXAMES EM:
 () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
 () ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
 () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
 () OUTROS

[illegible]



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE SUZANE LEMOS MOURA

AGNÓSTICO REGULARIZAÇÃO COTO PE D

ALERGIAS NEGA

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

428

DATA

17/9/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

2 ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

3 DAPIRONA 1G EV 6/6H SN

4

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

7 OMEPRAZOL 40 MG EV OU VO 1X AO DIA

8 SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN

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

10 CURATIVO DIÁRIO SN

11 SSVV + CCGG 6/6 H

12 CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H

13

14

15

16

17

SUSPENSO

SN

OG NF

SN

SN

SN

SN

Rotina

18.29.08.12

EVOLUÇÃO MÉDICA

PELE LIMPA

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM 566

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	D	E	
6 H							
12 H	100x30	60		36.9	+	+	
18 H	111x70	95		36.8	+	-	
24 H	110/75	75	18	36.9c	+		Pre-ecl



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 428

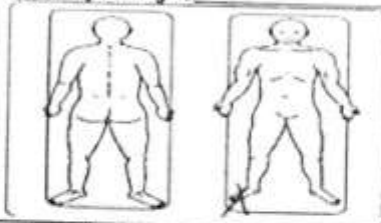
Nome: Suzane Maria

DATA: 17.09

☒ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região

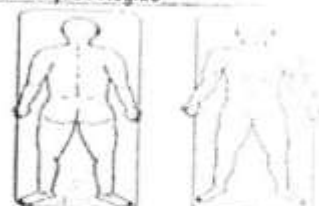


DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ neuropática ☐ cirúrgica ☒ Trauma ☐ outra: _____

Tamanho da Ferida:

Comprimento _____ cm Largura _____ cm
Profundidade _____ cm

Aparência do Leito:

☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo
☒ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

☒ seco, mínimo ☐ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato:

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☒ Serossanguíneo

Dor:

☒ Sim ☐ Não

Odor:

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

Condição da pele

☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras _____

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%
☒ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____

Cobertura primária

(Contato direto na lesão)

☒ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro: _____

Hora do curativo:

☒ Manhã ☐ Tarde

Data da próxima troca:

Em caso de + de 24hs

18.09.19

Carimbo e ass.

Téc. em Enfermagem

01-

02-

Carimbo e Assinatura
do Enfermeiro

OBS:

OBS:

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA / HORA :	MANHÃ:	DATA / HORA :
ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO: TARDE: DATA / HORA : NOITE:	ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO: TARDE: DATA / HORA : NOITE:	MANHÃ: Assunto no livro em questão atenciosamente observado e o tempo do seu RH - segue anotação do do responsável Carimbo e Assinatura Enfermeiro 692.691-10 ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM: TARDE: DATA / HORA : NOITE:	ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM: TARDE: DATA / HORA : NOITE: sem intercorrências



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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	SUZANE LEMOS MOURA				
DIAGNÓSTICO	REGULARIZAÇÃO COTO DEDO PE D				
ALERGIAS	HAS		NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO		428	DATA	18/09/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SN
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU 300MG 02 COMP VO 6/6H				SN
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SN
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				SN
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIARIO SN				SN
15	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				SN
16					SN
17					SN
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:

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	D	E
6 H						
12 H	100x60	66	-	35.4	+	+
18 H	100x63	72	-	37.5c	+	+
24 H	110x69	61	-	36.4	+	-

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME:

DATA:

18/09/19

SEXO: () M () F

IDADE: _____

PESO: _____ KG.

LEITO: _____

HD 428

• ALÉRGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL SIM ()	NÃO ()	DATA	DATA
SONDA NASOGÁSTRICA SIM ()	NÃO ()	DATA	DATA
SONDA NASOINTERNA SIM ()	NÃO ()	DATA	DATA
DRENOS SIM ()	NÃO ()	QUAL?	

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

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

CABEÇA PESCOÇO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO
PURPURA: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ESCORRIMENTOS () AMIGDALITIS () MIDRIATICA
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () DESFAVORÁVEL () PRECÁRIA
OÍTIOS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUÍDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:

() HÍDRATAÇÃO () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () JACINCOCIANÓTICA
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRRREGULAR ()
PERCUSSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
PULSO: () NORMAL () TAQUICARDÍACO () BRADICARDÍACO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO
R.H.A.: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLACIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VING PALPÁVEL
ELIMINAÇÕES/NUMÉRIOS/FEIÇÕES: () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MILENA

APARELHO GENITURINÁRIO/DIURÉTICO

() ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVO () LIMPIDA () CONCENTRADA
() HEMATURIA () COLOÚRIA () ORINÚRIA () DISÚRIA () ANÚRIA

LESÕES

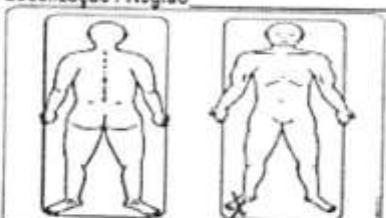
DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() RISCO DE INFECÇÃO
() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
() INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
() TROCA GASOSA PREJUDICADA
() ANSIEDADE
() MEDO
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ
() RISCO PARA NUTRIÇÃO
() DESEQUILIBRADA
() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
() FADIGA
() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
() RISCO PARA Quedas
() RISCO PARA LESÃO
() AUTOESTIMA PERJURADA
() DIARREIA
() CONSTIPAÇÃO
() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO
() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
() RISCO PARA RINCO ASPIRAÇÃO
() DOR
() HIPOTERMIA
() HIPERTERMIA
() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
() CONFORTO PREJUDICADO
() CEBITO CARDÍACO DIMINUIDO
() OUTROS:

() MANter VIAS AÉREAS PÉRVIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ / _____
() MANter MONITORIZAÇÃO
() MANter CABECEIRA ELEVADA _____
() ASPIRAR VAS /TOT _____
() VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
() ATENtar PARA QUEIXAS ALGICAS
() ATENtar PARA NAUSEAS E VÔMITOS
() OBSERVAR PERCUSÃO PERIFÉRICA
() MANter ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ / _____
() OBSERVAR COMUNICAR E REGISTAR ELIMINAÇÕES
() VERIFICAR E REGISTAR EDEMAS
() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTAR ACEITAÇÃO DA DIETA
() MANter JEJUM A PARTIR DAS: _____ H
() REALIZAR DEXTRO _____ / _____ HORAS
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSAO
() ORIENTAR AUTOCUIDADO
() REALIZAR BANHO NO LETO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ / _____
() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() PREPARAR PARA EXAMES EM: _____
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() ESTIMULAR DEAMBULACÃO
() OBSERVAR E REGISTAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
() OUTROS:

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA / HORA :	MANHÃ:	DATA / HORA :
ASS. E CARIMBO: ENFERMEIRO: DATA / HORA :		Paciente no leito sem queixas físicas. medicado e ventilado SSV com. Segue aos cuidados de enfermeiro. ASS. E CARIMBO: TÉCNICO ENFERMAGEM: DATA / HORA : 18/07/2017 11:00	
NOITE: ASS. E CARIMBO: ENFERMEIRO: DATA / HORA :		Paciente em repouso com leito realizado brevemente em SSV dos 06:00h para realização de exame físico e administração de soro. Sem alterações. ASS. E CARIMBO: TÉCNICO ENFERMAGEM: DATA / HORA : 19/07/2017 06:00	

Nome: <u>Suzane (Bizarra) Moura</u>			
DATA: <u>18.09</u> ☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	Localização / Região 	DATA: ☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra: _____		Etiologia ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra: _____	
Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm		Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm	
Aparência do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☒ Tecido necrótico		Aparência do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico ☐ Escara	
Quantidade de Exsudato ☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante		Quantidade de Exsudato ☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	
Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☒ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo		Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	
Dor: ☒ Sim ☐ Não		Dor: ☐ Sim ☐ Não	
Odor: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor		Odor: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	
Condição da pele Perilesional: ☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____		Condição da pele Perilesional: ☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____	
Solução para limpeza ☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____		Solução para limpeza ☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____	
Cobertura primária (Contato direto na lesão) ☒ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro: _____		Cobertura primária (Contato direto na lesão) ☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro: _____	
Hora do curativo: ☒ Manhã ☐ Tarde		Hora do curativo: ☐ Manhã ☐ Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs <u>19.09.19</u>			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem 	01- 02-	01- 02-	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:		OBS:	



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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	SUZANE LEMOS MOURA				
DIAGNÓSTICO	REGULARIZAÇÃO COTO DEDO PE D				
ALERGIAS	HAS		NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO		428	DATA	19/09/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU 300MG 02 COMP VO 6/6H				
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIARIO SN				
15	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

alta hospitalar

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

Versão:06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 428

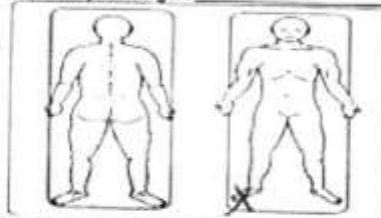
Nome: Suzanne Roemer

DATA: 19.09

☒ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região

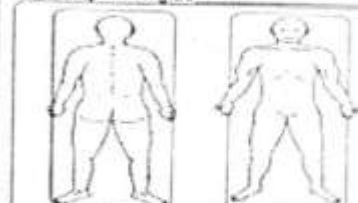


DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ neuropática ☐ cirúrgica ☒ Trauma ☐ outra

Tamanho da Ferida:

Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm

Aparência do Leito:

☒ Tecido de granulação ☐ com esfacelo
☒ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

☒ seco, mínimo ☐ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato:

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☒ Serosossanguíneo

Dor:

☒ Sim ☐ Não

Odor:

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

Condição da pele

Perilesional:

☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Entoma / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%
☒ Clorexidina 4% ☐ Outro:

Cobertura primária

(Contato direto na lesão)

☒ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro:

Hora do curativo:

☒ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca:

Em caso de + de 24hs

20.09.19

Carimbo e ass.

Téc. em Enfermagem

01-

02-

Carimbo e Assinatura
do Enfermeiro

OBS:

OBS:



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Yvone Jones DATA: 11/05/19 SEXO: () M () F IDADE: _____ PESO: _____ KG. LETO: 428 • ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

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

LESÕES



IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

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

CABEÇA/PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTES () NÃO REAGENTES () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUIDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PRECÁRIA
OBS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
MURMÚROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS
CIRCULAÇÃO/ COR DA PIEL/MUCOSAS: _____

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

TEMPERATURA DA PIEL: () NORTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRRÉGULAR ()
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () TAQUIPNEICO
PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUSENTE
BEL. A.: () AUSENTES () PRESENTES
ABDOMEN: () FLACIDO () DISTENDIDO () TÍPICO () AGUDO () VAGO PALPÁVEL
TUBO/ALIMENTOS/ALIMENTOS/PRODUTOS: () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPACÃO () MEGALEIA
ABERTURA GI/INT. URINÁRIO/DRUSESE: _____

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO
() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
() INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
() TROCA GASOSA PREJUDICADA
() ANSIEDADE
() MEDO
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ
() RISCO PARA NUTRIÇÃO
() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
() DESEQUILIBRADA

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANter VIAS AÉREAS PÉRVIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ____ / ____ H
() MANter MONITORIZAÇÃO
() MANter CABECEIRA ELEVADA ____
() ASPIRAR VIAS /TOT ____
() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
() ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
() ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
() MANter ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE ____ / ____ H
() OBSERVAR COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA

() MANter JEJUM A PARTIR DAS ____ H
() REALIZAR DEXTRO ____ / ____ HORAS
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPEÇÃO
() ORIENTAR AUTOCUIDADO
() REALIZAR BANHO NO LETO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO ____ / ____ H
() REALIZAR CUPATIVO DIÁRIO
() PREPARAR PARA EXAMES FNE ____
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() ESTIMULAR DEMONSTRAÇÃO
() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
() OUTROS: _____


**MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO**
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Nº 165.72047.91-2

3905608 0040 RR

Suzane Lemos Moura
ASSINATURA DO TITULAR




QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



SUZANE LEMOS MOURA

FILIAÇÃO: ANA MARIA LEMOS MOURA
 NASCIMENTO: 10/06/1989 SEXO: FEMININO
 ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
 NATURALIDADE: BOA VISTA - RR
 DOCUMENTO: R.G. 3754828 SESP RR 07/05/2008
 LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995
 CPF: 013.886.922-79 CNH: ZONA: 003
 TIT. ELEITOR: 004055792607 SEÇÃO: 0020
 LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 21/06/2013


ASSINATURA DO TITULAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE RORAIMA

Luana Amorim
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 80.232 DATA DE EXPEDIÇÃO 17/07/2002

NOME LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

PAIAGEM ERNESTO ALVES DE SOUZA / LIDIA FREIRE AMORIM

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

DOC. ORDEM CC-3766 F.260 L.B-12 BOA VISTA-RR.

CNP 294316382 - 15

Ramiro Francisco da Silva Junior
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 116 DE 29/08/83

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0461286/19

Vítima: SUZANE LEMOS MOURA

CPF: 013.886.922-79

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 14/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SUZANE LEMOS MOURA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

SUZANE LEMOS MOURA : 013.886.922-79

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190711494 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SUZANE LEMOS MOURA **Data do acidente:** 14/09/2019 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 1º E 2º PODODÁCTILO DIREITO. P2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSÍNTESE. ALTA MÉDICA. P2.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE 1º E 2º PODODÁCTILO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE DEDO DE DE PÉ DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190711494 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SUZANE LEMOS MOURA **Data do acidente:** 14/09/2019 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 1º E 2º PODODÁCTILO DIREITO. P2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSÍNTESE. ALTA MÉDICA. P2.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE 1º E 2º PODODÁCTILO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE DEDO DE DE PÉ DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: SUZANE LEMOS MOURA

Identidade: 375492-8 SSP/RR **CPF:** 013.886.922-79

Naturalidade: BOA VISTA/RR **Nacionalidade:** BRASILEIRA

Estado Civil: SOLTEIRA **Profissão:** DO LAR

Endereço: RUA REINALDO NEVES, 151 – JARDIM FLORESTA

OUTORGADO:

Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Nacionalidade: BRASILEIRA **Estado Civil:** CASADA

Profissão: FUNCIONÁRIA PÚBLICA **Identidade:** 80232 SSP/RR **CPF:** 294.316.382-15

Endereço: RUA JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA, 359 - CARANÃ

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

Boa Vista-RR, 18 de novembro de 2019.


Suzane Lemos Moura
Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO LOUREIRO DR. JOZIEL LOUREIRO
TABELÃO E REGISTRAR
AV. VILLE BOY, Nº 5636 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (067) 3624-6297 - ATENDIMENTO POR CORREIO E E-MAIL

REC VERDADEIRA a(s) assinatura(s)
[Jq8TW900]-SUZANE LEMOS MOURA

L.AAF. Em testemunho da verdade Boa Vista, 27/11/2019
Emol: 2,45 FUNDEJURR: 0,25, FISC: 0,10, FECON: 0,10, ISS: 0,10
Selo: REC FIR 1583456 CLKZT5110GSI50 N° Ticket: 90032
Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>
CPF Solicitante: 01388692279



Sabino
Escritor Autorizado
Cartório Loureiro

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: SUZANE LEMOS MOURA

Identidade: 375492-8 SSP/RR **CPF:** 013.886.922-79

Naturalidade: BOA VISTA/RR **Nacionalidade:** BRASILEIRA

Estado Civil: SOLTEIRA **Profissão:** DO LAR

Endereço: RUA REINALDO NEVES, 151 – JARDIM FLORESTA

OUTORGADO:

Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Nacionalidade: BRASILEIRA **Estado Civil:** CASADA

Profissão: FUNCIONÁRIA PÚBLICA **Identidade:** 80232 SSP/RR **CPF:** 294.316.382-15

Endereço: RUA JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA, 359 - CARANÃ

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

Boa Vista-RR, 18 de novembro de 2019.


Suzane Lemos Moura
Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO LOUREIRO DR. JOZIEL LOUREIRO
TABELÃO E REGISTRADOR
AV. VILLE BOY, Nº 5636 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (067) 3624-6297 - ATENDIMENTO: 08h às 18h
REC VERDADEIRA a(s) assinatura(s)
[Jq8W900]-SUZANE LEMOS MOURA
LAAF: Em testemunho da verdade Boa Vista, 27/11/2019
Emol: 2,45 FUNDEJURR: 0,25, FISC: 0,10, FECON: 0,10, ISS: 0,10
Selo: REC FIR 1583456 CLKZT5110GSI50 N° Ticket: 90032
Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>
CPF Solicitante: 01388692279



Sabino
Escritor Autorizado
Cartório Loureiro

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: SUZANE LEMOS MOURA

Identidade: 375492-8 SSP/RR **CPF:** 013.886.922-79

Naturalidade: BOA VISTA/RR **Nacionalidade:** BRASILEIRA

Estado Civil: SOLTEIRA **Profissão:** DO LAR

Endereço: RUA REINALDO NEVES, 151 – JARDIM FLORESTA

OUTORGADO:

Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Nacionalidade: BRASILEIRA **Estado Civil:** CASADA

Profissão: FUNCIONÁRIA PÚBLICA **Identidade:** 80232 SSP/RR **CPF:** 294.316.382-15

Endereço: RUA JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA, 359 - CARANÃ

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

Boa Vista-RR, 18 de novembro de 2019.


Suzane Lemos Moura
Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO LOUREIRO DR. JOZIEL LOUREIRO
TABELÃO E REGISTRAR
AV. VILLE BOY, Nº 5636 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (067) 3624-6297 - ATENDIMENTO POR CORREIO E E-MAIL

REC VERDADEIRA a(s) assinatura(s)
[Jq8TW900]-SUZANE LEMOS MOURA

LAAF: Em testemunho da verdade Boa Vista, 27/11/2019
Emol: 2,45 FUNDEJURR: 0,25, FISC: 0,10, FECON: 0,10, ISS: 0,10
Selo: REC FIR 1583456 CLKZT5110GSI50 N° Ticket: 90032
Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>
CPF Solicitante: 01388692279



Sabino
Escritor Autorizado
Cartório Loureiro

Rio de Janeiro, 23 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190711494

Vítima: SUZANE LEMOS MOURA

Data do Acidente: 14/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SUZANE LEMOS MOURA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190711494

Vítima: SUZANE LEMOS MOURA

Data do Acidente: 14/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), SUZANE LEMOS MOURA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 25 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190711494

Vítima: SUZANE LEMOS MOURA

Data do Acidente: 14/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SUZANE LEMOS MOURA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: SUZANE LEMOS MOURA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 237

Agência: 000000522-3

Conta: 0000026353-2

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

013886922-79

4 - Nome completo da vítima:

SUZANE LEMOS MOURA

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

5 - Nome completo:

SUZANE LEMOS MOURA

7 - Profissão:

DO MAR

8 - Endereço:

R. REINANDO NEVES

6 - CPF:

01388692279

11 - Bairro:

J. FLORESTA

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

9 - Número:

151

10 - Complemento:

15 - E-mail:

LUANNA.SOUZAA71@HOTMAIL.COM

16 - Tel./DDD:

95991168367

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3588

CONTA:

00006630

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (val nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

BOA VISTA, 28/11/2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041951/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/11/2019 09:28

Data/Hora Fim: 27/11/2019 09:41

Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 14/09/2019 15:00

Local do Fato

Município: Alto Alegre (RR)

Logradouro: COMUNIDADE ARAPUÁ

Bairro: ZONA RURAL

Tipo do Local: Aldeia indígena

Natureza

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: SUZANE LEMOS MOURA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Feminino

Nasc: 10/06/1989

Profissão: Do Lar

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Ana Maria Lemos Moura

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 604.077.602-10

Renavam 00807753068

Número do Chassi 9C2HA07103R074098

Cor VERDE

Município Veículo Boa Vista

Modelo HONDA/C100 BIZ ES

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 08/05/2009

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NAL7917

Número do Motor HA07E13074098

Ano/Modelo Fabricação 2003/2003

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo HONDA/C100 BIZ ES

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido

Suzane Lemos Moura

Envolvimentos

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE COMPARECEU NESTA ESPECIALIZADA PARA RELATAR QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA DESCRITO, CONDUZIA A MOTOCICLETA SUPRACITADA POR UMA ESTRADINHA DE TERRA QUE DÁ ACESSO A SUA COMUNIDADE, QUANDO DERRAPOU NUMA PARTE ENLAMAÇADA E CAIU, VINDO A SOFRER LESÃO CORPORAL, FRATURANDO DOIS DEDOS DO PÉ DIREITO. QUE FOI SOCORRIDA AO HOSPITAL EM BOA VISTA POR UMA VIATURA DA SESAI. QUE O REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Volney Amajari Grangeiro Das Neves
Data de Impressão: 27/11/2019 09:41
Protocolo nº: Não disponível



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041951/2019

É O RELATO.

ASSINATURAS

Volney Amajari Grangeiro Das Neves

Agente de Polícia

Matrícula 042000169

Responsável pelo Atendimento

Suzane Lemos Moura

(Vítima / Comunicante)

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





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

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 041951/2019

É O RELATO.

ASSINATURAS

Volney Amajari Grangeiro Das Neves
Agente de Polícia
Matrícula 042000169
Responsável pelo Atendimento

Suzane Lemos Moura
(Vítima / Comunicante)

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



BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:	23/01/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.350,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SUZANE LEMOS MOURA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00522-3

CONTA: 000000026353-2

Nr. Autenticação

BRABESCO2301202005000000000023700522000000026353135000 PAGO