

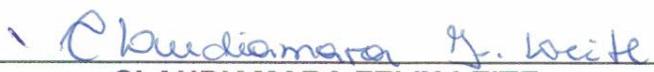
## PROCURAÇÃO

Outorgante: Sra. **CLAUDIAMARA FÉLIX LEITE**, Brasileira, Solteira, Desempregada, portadora da carteira de identidade nº 246710 SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 003.174.342-09, residente e domiciliada nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Estrela do Sul Nº: 927 Bairro: Raiar do Sol - CEP: 69.316-012 Tel. (95) 98122-2723 / 99135-6235.

Outorgados: Bel. **EDSON SILVA SANTIAGO**, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR sob o nº 619, e **OSTIVALDO MENEZES DO NASCIMENTO JÚNIOR**, Brasileiro, Solteiro, Advogado, OAB/RR sob o nº 1280, ambos com endereço profissional à Rua Prof. Agnelo Bitencourt, nº 335 – Centro, Boa Vista/RR, Tel. (95) 3224-1634, onde deverá receber intimações.

**Poderes específicos:** para representar o outorgante, concedendo-lhe poderes para representá-lo no que for necessário, assim como cláusula Geral de Foro, habilitando-o, a praticar todos os atos processuais, como toda e qualquer defesa, contestação em seu favor, podendo atuar em qualquer instância, tribunal ou Juizado Especial, com poderes da cláusula “**ad judicia**”, bem como realizar todo e qualquer ato que seja necessário ao cabal cumprimento do presente mandato particular, inclusive substabelecer, assim como, transigir, receber valores, inclusive alvará judicial e dar quitação.

Boa Vista/RR, 27 de Julho de 2020.

  
**CLAUDIAMARA FELIX LEITE**



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Pelo presente instrumento particular e na melhor forma de direito, eu **CLAUDIAMARA FÉLIX LEITE**, Brasileira, Solteira, Desempregada, portadora da carteira de identidade nº 246710 SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 003.174.342-09. DECLARO para os devidos fins de comprovação e direitos legais, que resido nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sítio à Rua Estrela do Sul Nº: 927 Bairro: Raizar do Sol - CEP: 69.316-012.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente sob as penas da lei, tendo pleno conhecimento de que constitui em crime capitulado no código penal, fazer declaração falsa, com o fim de criar obrigações e alterar a verdade sob os fatos juridicamente relevantes.

Boa Vista/RR, 27 de Julho de 2020.

*Claudiamara F. Leite*

Declarante

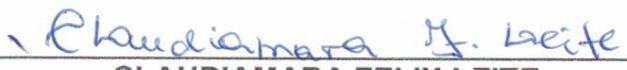
## DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, CLAUDIAMARA FÉLIX LEITE, Brasileira, Solteira, Desempregada, portadora da carteira de identidade nº 246710 SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 003.174.342-09, residente e domiciliada nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Estrela do Sul N°: 927 Bairro: Raíar do Sol - CEP: 69.316-012.

**DECLARO** para que produza os devidos fins de direito, que sou pobre na acepção do termo e que não posso arcar com as despesas do processo sem prejuízo de meu sustento.

Por ser verdade a declaração acima, firmo o presente.

Boa Vista/RR, 27 de Julho de 2020.



CLAUDIAMARA FELIX LEITE





# BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

**PRF**

PROTOCOLO: N° 20002281B01



Maiores dúvidas acesse: [www.prf.gov.br/portal](http://www.prf.gov.br/portal)



Para cópia do seu Boletim acesse o sítio: [www.prf.gov.br/novobat](http://www.prf.gov.br/novobat) /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



**Atenção:** As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por RAFAEL VIEIRA, matrícula 1136025, Policial Rodoviário Federal, em 12/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20002281B01 e o numero de controle C8709482960D5B3F2279383B0BCA76.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO N° 20002281B01

## INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 12/01/2020 Hora: 16:25 Município: CANTA/RR  
BR: 401 KM: 3,0 Sentido: Decrescente  
Policial responsável pelo atendimento: RAFAEL VIEIRA, 1136025

## ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Simples	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Não
Acostamento: Não	Canteiro Central: Não
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Pleno dia

## IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

## NARRATIVA

No dia 12/01/2020, por volta das 16:25, no km 03 da BR-401, em Cantá-RR, ocorreu um acidente, do tipo danos eventuais, com 01 vítima com lesões aparentemente leves. O veículo envolvido foi: HONDA/Biz (V1), o qual era conduzido por OTÁVIO DA SILVA (CPF: 609.495.032-15) e passageira CLAUDIAMARA FELIX LEITE (CPF: 883.047.792-34). Com base na análise dos vestígios materiais identificados, constatou-se que V1 trafegava na faixa de trânsito do sentido Cantá-RR/Boa Vista-RR, quando o pneu traseiro estourou. O dano provocou o tombamento do veículo e projetou os ocupantes ao chão. A queda causou lesões aparentemente leves na passageira de V1. Populares acionaram a equipe do SAMU para realização dos procedimentos pré-hospitalares. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, concluiu-se que o fator principal do acidente foi avarias e/ou desgaste excessivo do pneu traseiro. Observações:-CLAUDIAMARA FELIX LEITE, CPF: 883.047.792-34, foi conduzida para o Hospital Geral de Roraima pela equipe do SAMU;-OTÁVIO DA SILVA, CPF: 609.495.032-15, realizou, no aparelho SN 113311, o teste nº 2185 o qual apresentou resultado igual a 0.0;-Veículo HONDA/BIZ 125 ES, placa NAP-5526, foi recolhido mediante DRV nº 35002001121655147.



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por RAFAEL VIEIRA, matrícula 1136025, Policial Rodoviário Federal, em 12/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20002281B01 e o número de controle C8709482960D5B3F2279383B0BCA76.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



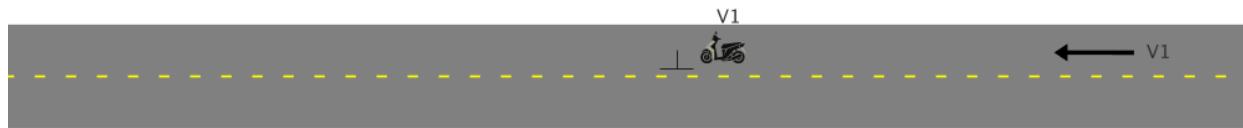
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO N° 20002281B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local desfeito

Local do tombamento



← BOA VISTA,RR

CANTÁ,RR →

AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Danos eventuais	V1
2	Tombamento	V1

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
1	V1			
2	V1			

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento

V1 - VEÍCULO 1 - NAP5526 - MOTONETA

V1 - Informações



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por RAFAEL VIEIRA, matrícula 1136025, Policial Rodoviário Federal, em 12/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20002281B01 e o número de controle C8709482960D5B3F2279383B0BCA76.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO N° 20002281B01

Placa: NAP5526 Marca/modelo: HONDA/BIZ 125 ES

Ano fabricação: 2013 Chassi: 9C2JC4820DR081846

Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Manobra no momento do acidente: Segundo o fluxo, na faixa de rolamento

Renavam: 00540824020

Tipo de veículo: Motoneta

Cor: Vermelha

**V1 - Encaminhamento**

Motivo: Outros

Tipo de Receptor: Depósito credenciado

Informações complementares: Veículo HONDA/BIZ 125 ES, placa NAP-5526, foi recolhido mediante DRV n° 35002001121655147.



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por RAFAEL VIEIRA, matrícula 1136025, Policial Rodoviário Federal, em 12/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20002281B01 e o número de controle C8709482960D5B3F2279383B0BCA76.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO N° 20002281B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / HONDA/BIZ 125 ES Placa: NAP5526 N° BOAT: 20002281B01  
Nome do Agente: RAFAEL VIEIRA Matrícula do Agente: 1136025 Data: 12/01/2020

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro		X		
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X		
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X		
4	Coluna de direção		X		
5	Chassi		X		
6	Garfo traseiro		X		
7	Eixo traseiro (triciclos)		X		

Dano de Monta: Pequena

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por RAFAEL VIEIRA, matrícula 1136025, Policial Rodoviário Federal, em 12/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20002281B01 e o número de controle C8709482960D5B3F2279383B0BCA76.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO N° 20002281B01

**V1 - Proprietário**

Nome: FRANCIVAL DE LIMA FRAZAO

CPF/CNPJ: 517.140.862-91

Email:

Telefone:

Endereço: BOA VISTA-RR

**V1C - CONDUTOR DE V1 - OTAVIO DA SILVA**

**V1C - Informações**

Nome: OTAVIO DA SILVA

Data de Nascimento: 15/12/1976

CPF: 609.495.032-15

Estado civil: Casado(a)

Sexo: Masculino

Estado físico: Ileso

Usava capacete: Sim

Informações complementares: OTÁVIO DA SILVA, CPF: 609.495.032-15, realizou, no aparelho SN 113311, o teste nº 2185 o qual apresentou resultado igual a 0.0.

**V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor**

Categoria: AE

Primeira habilitação: 06/07/1999

Nº Registro: 00747286640

UF: RR

Vencimento da habilitação: 23/05/2024

Motorista profissional: Não

Observações CNH: A 15

**V1C - Alterações da Capacidade Motora**

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

Resultado obtido: 0,00 mg/l

**V1C - Dados do Contato**

Endereço: AVENIDA SÃO JOSÉ, 1065, CASA, EQUATORIAL, BOA VISTA-RR

Telefone: 95-99135-6235

Email:

**V1P1 - PASSAGEIRO 1 DO V1 - CLAUDIAMARA FELIX LEITE**

**V1P1 - Informações**

Nome: CLAUDIAMARA FELIX LEITE

Data de Nascimento: 29/10/1986

CPF: 883.047.792-34

Sexo: Feminino

Estado físico: Lesões Leves

Usava capacete: Sim

**V1P1 - Dados do Contato**

Endereço: AVENIDA SÃO JOSÉ, 1065, CASA, EQUATORIAL, BOA VISTA-RR

Telefone: 95-99135-6235

Email:



Documento assinado eletronicamente por RAFAEL VIEIRA, matrícula 1136025, Policial Rodoviário Federal, em 12/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20002281B01 e o número de controle C8709482960D5B3F2279383B0BCA76.

191

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJVSN NZ9SS C33G4 R9H2U





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO N° 20002281B01

V1P1 - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: SAMU

Informações complementares: CLAUDIAMARA FELIX LEITE, CPF: 883.047.792-34, foi conduzida para o Hospital Geral de Roraima pela equipe do SAMU.



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por RAFAEL VIEIRA, matrícula 1136025, Policial Rodoviário Federal, em 12/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20002281B01 e o número de controle C8709482960D5B3F2279383B0BCA76.

191

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJVSNCZ9SSC33G4R9H2U





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA  
DELEGACIA ONLINE DE RR  
ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 2809/2020 - Registrado em: 07/05/2020 às 21h 25min

**FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO**

Data/hora do Fato: 12/01/2020 às 16h 25min

**LOCAL DO FATO**

Município: CANTÁ

UF: RR

Logradouro: BR 401

Nº: S/N

CEP:

Bairro: BAIRRO NOVO

Tipo de local: VIA RURAL

Referência:

Complemento: KM 03

**ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE**

CLAUDIAMARA FÉLIX LEITE(33), nascido(a) em 29/10/1986, sexo FEMININO, solteiro(a), exercendo a profissão de AUTÔNOMO, CPF Nº 883.047.792-34, País: BRASIL, natural de ITAITUBA-PA, filho(a) de TEREZINHA FELIX LEITE e DESCONHECIDO, endereço: AFONSO SANTOS PEREIRA, cep: 69317-326, Nº: 1065, bairro: JARDIM EQUATORIAL, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 98122-2723.

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

A COMUNICANTE REGISTROU A SEGUINTE INFORMAÇÃO NA DELEGACIA ON LINE: QUE NO DIA 12/01/2020 POR VOLTA DAS 16:25H, NO KM 03 DA BR-401 NO MUNICÍPIO DE CANTÁ/RR, TRAFEGAVA COMO PASSAGEIRA NA MOTOCICLETA HONDA/BIZ 125 ES DE PLACA NAP5526 CHASSI 9C2JC4820DRO81846 DE PROPRIEDADE DO SENHOR FRANCIVAL DE LIMA FRAZÃO E QUE ERA CONDUZIDA PELO SENHOR OTAVIO DA SILVA, QUANDO O PNEU TRASEIRO DA REFERIDA MOTOCICLETA ESTOUROU E QUE DEVIDO AO OCORRIDO FOMOS PROJETADOS AOS CHÃO E QUE SOFRERAM LESÕES CORPORAIS. QUE POPULARES ACIONARAM A EQUIPE DO SAMU E QUE POSTERIORMENTE FUI SOCORRIDA AO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA. COMUNICO AINDA QUE A POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL ESTEVE NO LOCAL DO ACIDENTE E QUE DISPONHO DO BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO/BAT DE PROTOCOLO NÚMERO: 20002281B01. QUE O REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS  
DELEGADO DE POLICIA  
MATRÍCULA: 42000916  
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

JOSEMAR MOREIRA DA SILVA  
POLICIAL CIVIL  
MATRÍCULA: 42000369  
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

*Claudiamara F. Leite*  
CLAUDIAMARA FÉLIX LEITE  
COMUNICANTE

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA		1ª Classificação	Reclassificação		Reclassificação					
Secretaria de Estado da Saúde		<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho					
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE		<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja					
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo					
		<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde					
		<input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Azul Ass.					
						DIURNO 07:19 29				
FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA						Promotor				
2001208462	12/01/2020 16:39:43	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF					
Paciente		29/10/1986	33 A 2 M 14 D	898003054728082						
CLAUDIAMARA FELIX LEITE		Órgão Emissor	Sexo	Naturalidade	Nacionalidade					
Tipo Doc	Documento	Data Emissão	Estado Civil	ITAITUBA - PA	BRASILEIRA					
IDENTIDADE	246710	SSP/RR	18/06/2007	Raça/Cor	Contato					
Mãe			UNIAO	PARDA	(95) 99135-9468					
TEREZINHA FELIX LEITE			ESTAVEL	NC	Ocupação					
Endereço					CABELEIREIRO					
RUA - ESTRELA DO SUL - 927 - RAIAR DO SOL - BOA VISTA - RR										
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal					
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE									
ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão				
Setor	URGÊNCIA									
GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.							
Queixa Principal	SAMU REGIONAL									
<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue										
Anamnese de Enfermagem				GSC	TOTAL					
				AO: 1 2 3 4	RV: 1 2 3 4 5	MRV: 1 2 3 4 5 6				
15										
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)										
<p>Paciente vítima de acidente de moto, c/ queixas de dor em ómbro e clavícula à esquerda em tonozinho à (C).      Negativa síncope e vômitos.</p>										
<p>Exame Físico</p> <p>ausculta respiratória: flúg, bilaterais, S1 RA. Expansão torácica simétrica.      ZEG, lote, AAA, corado, hiperemia da apreensão.      Pressão arterial: 120/80 mmHg. P脉 80/min. Pulsos centros e simétricos.</p>										
Hipótese Diagnóstica										
Fratura de clavícula (C)?										
SADT - Exames Complementares										
<input checked="" 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:										
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO					
1) TALANZ 20mg 61 f/leito. OIPRANA 1g 61 f/leito.										
				<small>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA          AV. Brig. Eduardo Gomes, S/N          Novo Planalto Tel (95) 2121-0620</small>						
				<small>AUTENTICAÇÃO</small>						
				<small>15 APP 21/21</small>						
				<small>Certifico e declaro que a presente cópia é uma Reprodução Original que foi apresentado neste Hospital</small>						
Conduta <table border="1" style="float: right; margin-right: 20px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ambulatório</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Internação</td> </tr> <tr> <td>Data e Hora da Saída/Alta: / / : :</td> </tr> </table>							<input type="checkbox"/> Ambulatório	<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)	<input type="checkbox"/> Internação	Data e Hora da Saída/Alta: / / : :
<input type="checkbox"/> Ambulatório										
<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)										
<input type="checkbox"/> Internação										
Data e Hora da Saída/Alta: / / : :										
( ) Alta por Decisão Médica ( ) Alta a Pedido ( ) Alta a Revelia ( ) Transferência para: ORTOPEDIA										
( ) Ambulatório ( ) Observação (Até 24h) ( ) Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / : :										
óbito <table border="1" style="float: right; margin-right: 20px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica / / : :</td> </tr> </table>							<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica / / : :			
<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica / / : :										
( ) Sim ( ) Não Destino: ( ) Família <table border="1" style="float: right; margin-right: 20px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica / / : :</td> </tr> </table>							<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica / / : :			
<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica / / : :										

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
/slideção doce om <https://occiudi.tur.jus.br/orciuid/>. Identificador: BIXKV 20BNO TG

• **אֶת־עַמְּךָ** מִצְרָיִם וְעַמְּךָ בְּנֵי־יִשְׂרָאֵל וְעַמְּךָ כָּל־עֲמָדָה.

Impresso por: rosivan.barros  
Data Hora: 12/01/2020 17:13:20

**Carimbo e Assinatura do Médico**

*Pedro Lins  
Médico  
CRM/R 2142*



Chutopédica face clavicular  
GCC unir. fêmur zílio (E) + F unir.  
costura unir. clavícula (F).  
Rx unidirecional FX de unir.  
unirial e clavicular.  
CD: Amputação + AA + LMC + Sutura  
Cunostomia  
Tiparia + Talai  
Chutogônio + Ao NIR,  
Sedativo Ex. hale. (Puricap.)  
Altera

Dr. Fernando Rezende  
Médico  
CRM-RR 2007



14/02/2020

**SUS**  
Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

...: Laudo Para Solicitação De A. I.H. ...

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE  
INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR**  
2 - CNES  
231965-9  
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR**  
4 - CNES  
231965-9

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

**CLAUDIAMARA FELIX LEITE**

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

702000896046789

8 - DATA DE NASCIMENTO  
29/10/1986

11 - NOME DA MÃE

**TEREZINHA FELIZ LEITE**

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

**CLAUDIAMARA FELIX LEITE**

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

**RUA: AVENIDA SAO JOSE - 1065 - EQUATORIAL**

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

**BOA VISTA**6 - N.º DO PRONTUÁRIO  
0017780710 - RACA / COR.  
**PARDA**12 - TELEFONE DE CONTATO  
(95) 99135-623514 - TELEFONE DE CONTATO  
(95) 99135-623517 - COD. IBGE MUNICÍPIO  
14001018 - UF  
**RR**

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

**CIRURGIA GERAL****ELETIVO**

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

14/02/2020

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

**CONSelho Regional de Roraima**  
AV. BRASÍLIA, 510 - Centro  
Nº 1733 - RQE 076

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**36 -  ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

37 -  ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ DA EMPRESA

38 -  ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

 EMPREGADO EMPREGADOR AUTONOMO DESEMPREGADO

40 - N.º DO BILHETE

41 - SÉRIE

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CBOR

Certifico e Dou Fé que a presente

é a cópia fiel Reprodução Original

que fui apresentada neste Hospital

 APOSENTADO NÃO SEGURO**AUTORIZAÇÃO**

47 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

52 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - N.º DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

 CNS CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

41/21/20

0408050551  
5821  
W499



## BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 14/06/2010

O.S. 01

*Condutor de ônibus*  
*unte*

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: Ridens

1º auxiliar: Redes

2º auxiliar:

INSTRUMENTADORA:

3º auxiliar:

ANESTESIA:

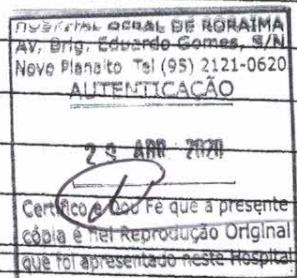
ANESTESISTAS: ano bento

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:



### RELATÓRIO CIRÚRGICO

*① At c/ lesão de 25x10cm sob nsg  
② aspiração + antisséptico + gaze +  
cicatrizes  
③ aciso, curto lateral + curto  
medial + dimensão pro plantas at  
foco + curtagem + LMC +  
redução com clipes  
colocação placa palâo 4F medial  
+ colocação placa scaphastrum 6F  
lateral + passagem de parafuso  
malho. medial. + LMC +  
radioscopia + rotação de 90°  
por plantas + extração de  
gaze + curativo + tala*

*Dr. Anderson R. V. Lira  
Médico e Traumatologista  
CRM-RR 1733 RG 100*



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

## FICHA DE ANESTESIA

CLAUDIANA PAULINA LORTES, 33 A

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO												Nº		
- midazolam 5mg <input checked="" type="checkbox"/> - Fentanil 100ug <input checked="" type="checkbox"/>												14/02/20		
AGENTES	N 20 O2													
	15	30	45	30	15	30	45	24	15	30	45			
LÍQUIDOS VENOSOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
	500	500	500											
P1 SPO2 PAPCO ECG														
DA	°C	240	SPO2 100 - 100 100 100 100 100 100 100 100 100											
X	38	220												
ULSO	•	36	200											
ANES	X	34	180											
OP	O	32	160											
TEMP	□	30	140											
ASPIR.	A	28	120											
RESP	O	26	100											
		24	80											
		22	60											
		20	40											
Export														
Assist														
Contro														
SÍMBOLOS	X <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> X													
AGENTES	A benzodiazepino 0,6% 17,5g	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES										
B Gástrico	16 <input checked="" type="checkbox"/>		Pró-anestesia hipotônico	X - crise lústico-anfetimínicos, enjôos, vômitos, urinose, drogas, poucos										
C rectal	10 g <input checked="" type="checkbox"/>		Lombária Simpática 0-24	2 - os esb em 21/22										
D Nitotil	10g <input checked="" type="checkbox"/>			3 - aspirado e antiséptico										
E óxido	10-10 <input checked="" type="checkbox"/>			4 - posição do paciente										
F														
G														
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faringea												
NDCC		Naso / Orotraqueal - Cega												
SANGUE		Bal - Tamp - Calibre do Tubo												
		Sob Máscara												
		Dificuldade Técnica												
SP 0,9%	1500		N/A											
TOTAL	1600 ml		TEMPO DE ANESTESIA											
OPERAÇÃO	Osteossíntese de rotuno de coluna													
ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGÃO	PERDA SANGUÍNEA											
ana paula Thomé		(WASSON) PASTOR												

Dra. Ana Paula Thomé  
Médica Anestesiologista  
CRM-RR 1408

\* Gástrico [ Início : 20:50  
fim : 21:45 ]

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N  
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620  
AUTENTICAÇÃO

29 APR 2020  
Certifico e Digo que a presente  
cópia é uma Reprodução Original  
que foi apresentada neste Hospital

Nome: Maria da Conceição Furtado Reite  
 Data de Nasc: 29/10/1926 Idade: 93 Anos Setor/Leito: F / 601-9

Termo de Consentimento Cirurgia: ( ) Sim ( ) Não Termo de Consentimento Anestesia: ( ) Sim ( ) Não

<b>DADOS PRÉ-OPERATÓRIO</b>		<b>INTRA-OPERATÓRIO</b>				<b>SRPA</b>			
Cirurgia Proposta:	Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia	Anestesia	Cirurgia	Localização	Sinais Vitais
<u>Abdômen aberto via t</u>	<u>19:25</u>	<u>19:38</u>	<u>19:55</u>	<u>21:50</u>					
1. Informações:	Cirurgia Realizada	Anestesia	Posicionamento						
Jejum ( ) Sim ( ) Não									
Prótese ( ) Sim ( ) Não									
Exames ( ) Sim ( ) Não									
Reserva UTI ( ) Sim ( ) Não									
Lateralidade ( ) Sim ( ) Não									
PNE ( ) Sim ( ) Não									
Alergia ( ) Sim ( ) Não									
Qual: _____									
Reserva de Hemoderivado:									
( ) Sim ( ) Não									
Outros:									
2. Chegou ao Centro Cirúrgico:									
( ) Deambulando									
( ) Consciente <u>com sedação</u>									
( ) Com Suporte de O2									
( ) TOT									
( ) Agitado									
( ) Gasometria ( ) Outros: _____									
3. Sinais Vitais:									
T <u>36,5</u> °C									
R <u>16</u> bpm									
FC <u>107</u> bpm									
PA <u>160/76</u> mmHg									
SAT <u>98</u> %									
4. Anotações (Admissão do Paciente):									
<u>Assintetida no cc para txa de frêto. Pilão tijolo</u>									
<u>Alma Oliveira Corrêa</u>									
<u>doente</u>									
<u>Almeida Oliveira</u>									
<u>Enfermeira</u>									
<u>COREN-RR 526.537 ENF</u>									
5. Legenda:									
1. Eletrodos									
2. Oxímetro									
3. Manguito PA									
4. Placa de Bisturi									
5. Incisão									
6. Cateter O2									
7. Venóclise									
8. Dreno									
9. SNG/SNE									
10. Garrote									
11. TOT (X) Não ( ) Sim N° _____									
12. SVT (X) Não ( ) Sim N° _____									
13. Outros: _____									
Sinais Vitais: Saída da SO									
T <u>36,5</u> °C R <u>16</u> bpm SAT <u>100</u> %									
( ) Regular ( ) Irregular									
Destino: (X) SRPA ( ) UTI ( ) outros: _____									

**ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)**

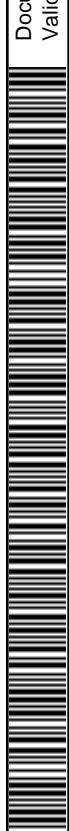
*Abordagem do abdômen na SBPH em PDI de Trauma. Fim cirurgia. Paciente monitorizado SSW estabilizado.*

*NB: Alta da SRPA para UTI devido ao piora*

*Almeida Oliveira*

*Enfermeira*

*COREN-RR 526.537 ENF*



## LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

### ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Cláudia moreira f. leite.

Anestesiista Dr. José. Raulino

Responsável Cirurgião Dr. Roldan

### ENTRADA ( Sala Pré Anestésica )

#### PACIENTE CONFIRMOU:

Identidade

Sítio Cirúrgico

Procedimento

Consentimento  Sim  Não

#### RISCO CIRÚRGICO

Aplica  Não se Aplica

#### SÍTIO DEMARCADO

Sim  Não  Não se Aplica

#### VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

#### OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

#### O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

Não  Sim, Qual: \_\_\_\_\_

#### VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

Não

Sim, e equipamento/assistência disponíveis

#### RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ml

Não  
 Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos BB Toss CRM (0)

Data 11/09/20 Assinatura Edson Raulino Hora: \_\_\_\_\_

### ANTES DA INCISÃO

#### SAÍDA (Sala Pós Operatória)

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO  
 Sim  Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS 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 CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE  
 Sim  Não  Não se Aplica

Edson Raulino  
Assinatura é Gálibo  
John

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.  
 Sim  Não  Não se Aplica

Assinatura Edson Raulino



19/09/2020  
claudianos Felix Ceb  
osteopatia pós op. Malos 601-9

proto liso

aflexão 400-5 @ 12/12h 24 12°  
claudianos 600-8 @ 6/6h cc22 @ 10/16°

trans-odd 100-5  
500-9 / 100-2 @ 12/12h > 24 12°

tiroxica 40-5 @ 1x dia

risífone 1s @ 6/6h cc-22 08° 10° 16°

semitorso 1a/p @ late cc-21

floril 10g @ 3/6h sr SN

amoxicil

5500 + CC 6/6

Realizar:

Retina

Dr. Ildeerson P. Silveira  
Médico e Traumatologista  
C.R.P. 1733 RQE 676

06.00

PS 100x60

P 75

Z 36°

24h: P: 108/76  
FC: 73

6-100

601-9

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN
PACIENTE <i>Claudiemarz Félige Teite</i>				
AGNÓSTICO <i>Fratura de pilas abm</i>				
ALERGIAS		HAS.	NEGA	DM2
IDADE		LEITO	DATA	<i>15/02/10</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			<i>SN</i>
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			<i>Mantener</i>
3	SF 0,9% 500ML EV S/N			<i>SN</i>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			<i>10:46 22/06</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIÁ			<i>08</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSÀ			<i>SN</i>
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4			<i>SN</i>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			<i>11:44 22/06</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			<i>SN</i>
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H			<i>J supresso</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H			<i>—</i>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			<i>SN</i>
13	SSVV + CCGG 6/6 H			<i>Routine</i>
14	CURATIVO DIÁRIO			
15	<i>Reprise 1g ev 081-8h</i>			<i>14:42 06</i>
16				
17				
18				
19				
20				
21				

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

Dr. Odilacir Okemini  
Médico  
CRM RR 1851

Evolução médica:

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

# SOLICITADO: RX. # CONDUTA: MANTIDA

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

# PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS		PA	FC	FR	T
6 H					
12 H	<i>120x80</i>				<i>36,5°C</i>
18 H	<i>110x70</i>				<i>36°C</i>
24 H	<i>126x87</i>				<i>37°C p.m.</i>

MEDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

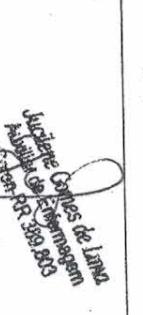
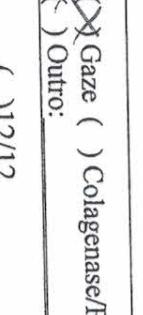
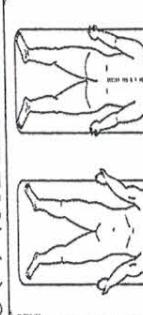
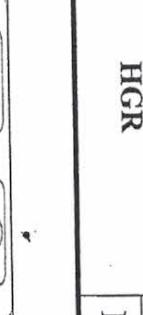
18h. Paciente no leito, referindo desconforto  
no local da cirurgia. Adm. medicamentos epm. Real-  
izando ssuu segue aos cuidados de equipe.

Edilamar Duarte  
Nec. Enfermeira  
COREN/RR N° 581799-TE

6 m dia 126x87

T. 37°C

6-109

EVOLUÇÃO DO CURATIVO		Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
Localização	 	Região: M:ZE	 	Região:		
Etiologia	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vasculard ( )Trauma : _____ Trafão _____ Fixador Externo ( )ortopedia ( )Outro: _____	Grau: I ( ) II (X)	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vasculard ( )Trauma : _____ Trafão _____ Fixador Externo ( )ortopedia ( )Outro: _____	Grau: I ( ) II ( )		
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros _____		( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____			
Pele Perilesional	( ) Normal ( ) Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro: _____		( ) Normal ( ) Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro: _____			
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: _____		( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: _____			
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco		( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco			
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%		( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%			
Cobertura primária	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____		( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____			
Troca	( ) 12/12 ( )Diário ( ) 48/48h		( ) 12/12 ( )Diário ( ) 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	Jádine Góes de Landa Auxiliar de Enfermagem Código CR 399633	Mônica				
Observações:						

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PREScrição MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	CLAUDIO MARA FENPE LIMA				
AGNÓSTICO	Fratura de Piso Tíbia.				
ALERGIAS	Q	HAS	NEGA	DM2	
IDADE	LEITO	621-9	DATA	17/02/2020	
ÍTEM	PREScrição				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN.
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				MANHÃ.
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				S/N.
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H 1g IV 6/6 HS. SN.				10 16 22 04
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN.
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				CENA
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				SUSPENSO.
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				12 20 04
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				SUSPENSO
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				SUSPENSO
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S/N.
13	SSVV + CCGG 6/6 H				REATIVO.
14	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO.
15	Cefepime 1g IV 8/8 HS.				12 20 04
16					
17					
18					
19					
20					
21					

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

Dr. Elder Soares  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1828/RR

Evolução Médica:

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

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

MEDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

<b>HGR</b> Hospital Geral de Ribeirão	<b>Núcleo de Enfermagem em</b> <b>Tratamento de Feridas –</b> <b>HGR</b>	<b>Protocolo n° 1</b> <b>Paciente:</b> <i>Elziediana da Silva Felix</i> <b>Leito:</b> <i>601-9</i>	<b>Versão:08</b> <b>Data:</b> <i>17/02/2020</i>	<b>Elaborada: 02/2013</b> <b>Atualizada: 2/2020</b>
---	--	--	--	--



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Claudionoro Folla Leite, ANOS,

DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, COM

DIAGNÓSTICO DE rotura de Pilon Fracture

NO DIA 14/2/20, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE

rotura de Pilon Fracture SENDO

OPERADO PELO DR. Plolumn E DR. Padro

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 17/2/20, AS 10 horas EM

BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL

CORONEL MOTA NO DIA 5/3/20, AS 13 horas, COM O

DR. Plolumn SENDO

ORIENTAÇÕES GERAIS :

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

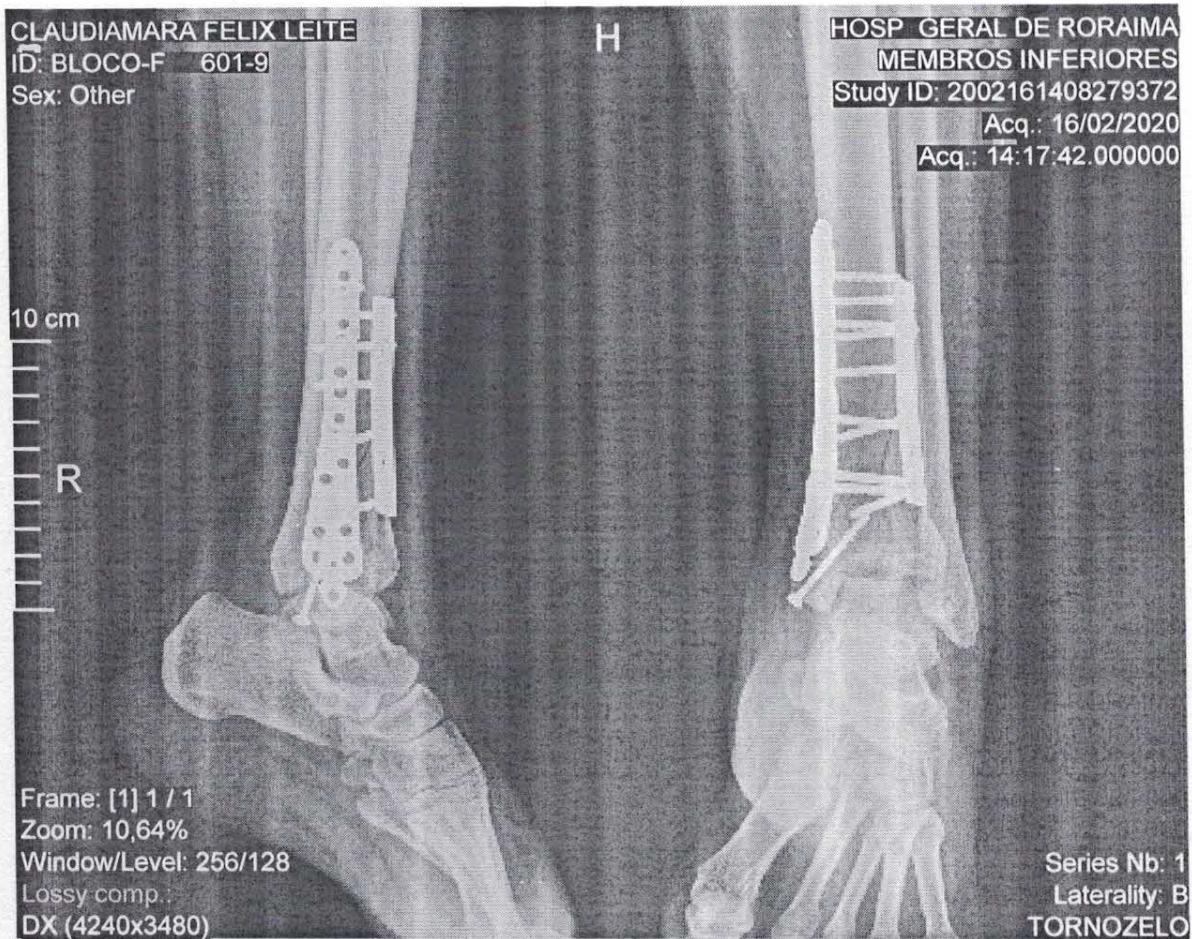
PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

14/3/20

Dr. Augusto  
Médico Responsável  
CRM-RN 1964  
CRM-RO 30912

BOA VISTA, 14/3/2020

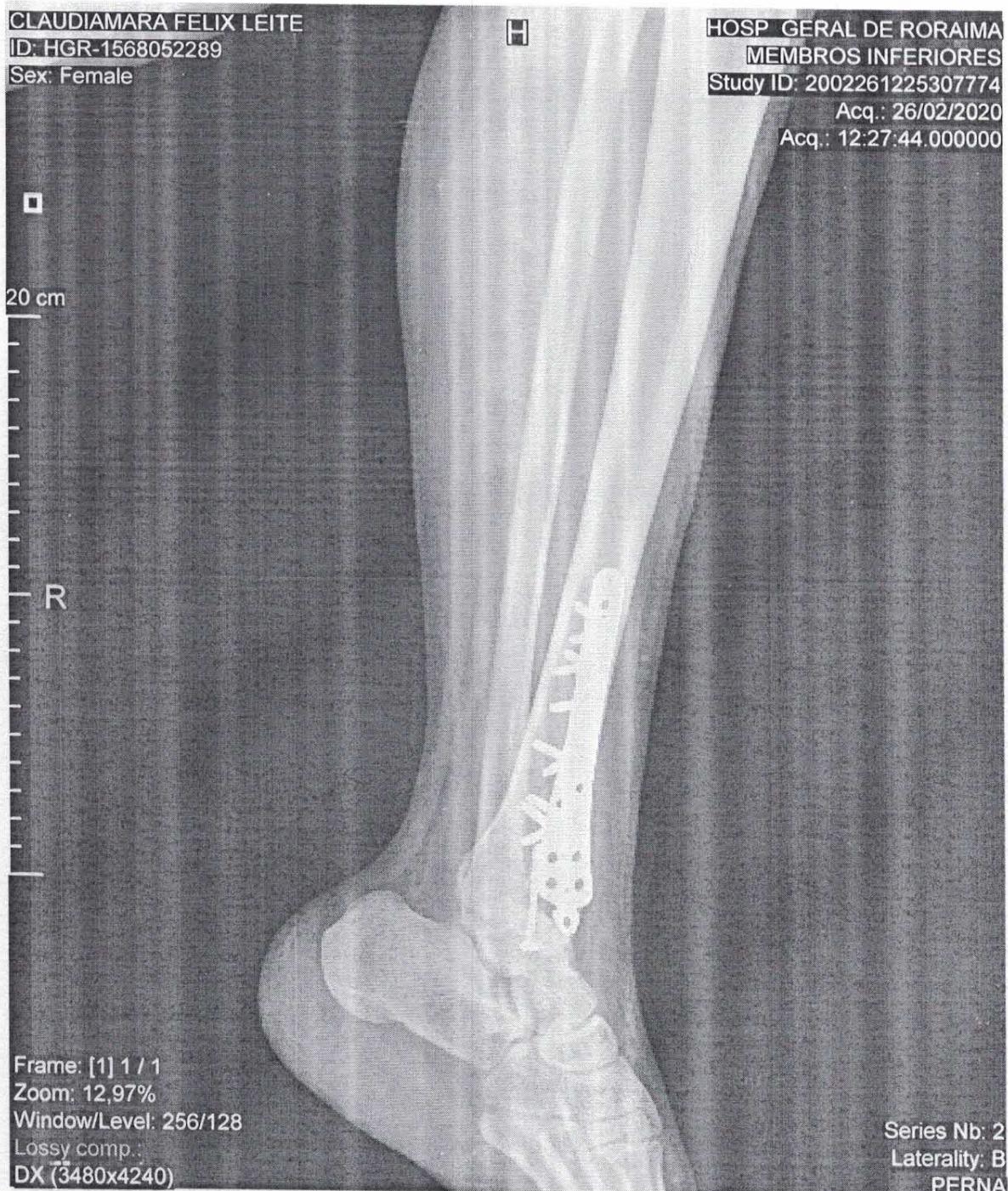
MÉDICO

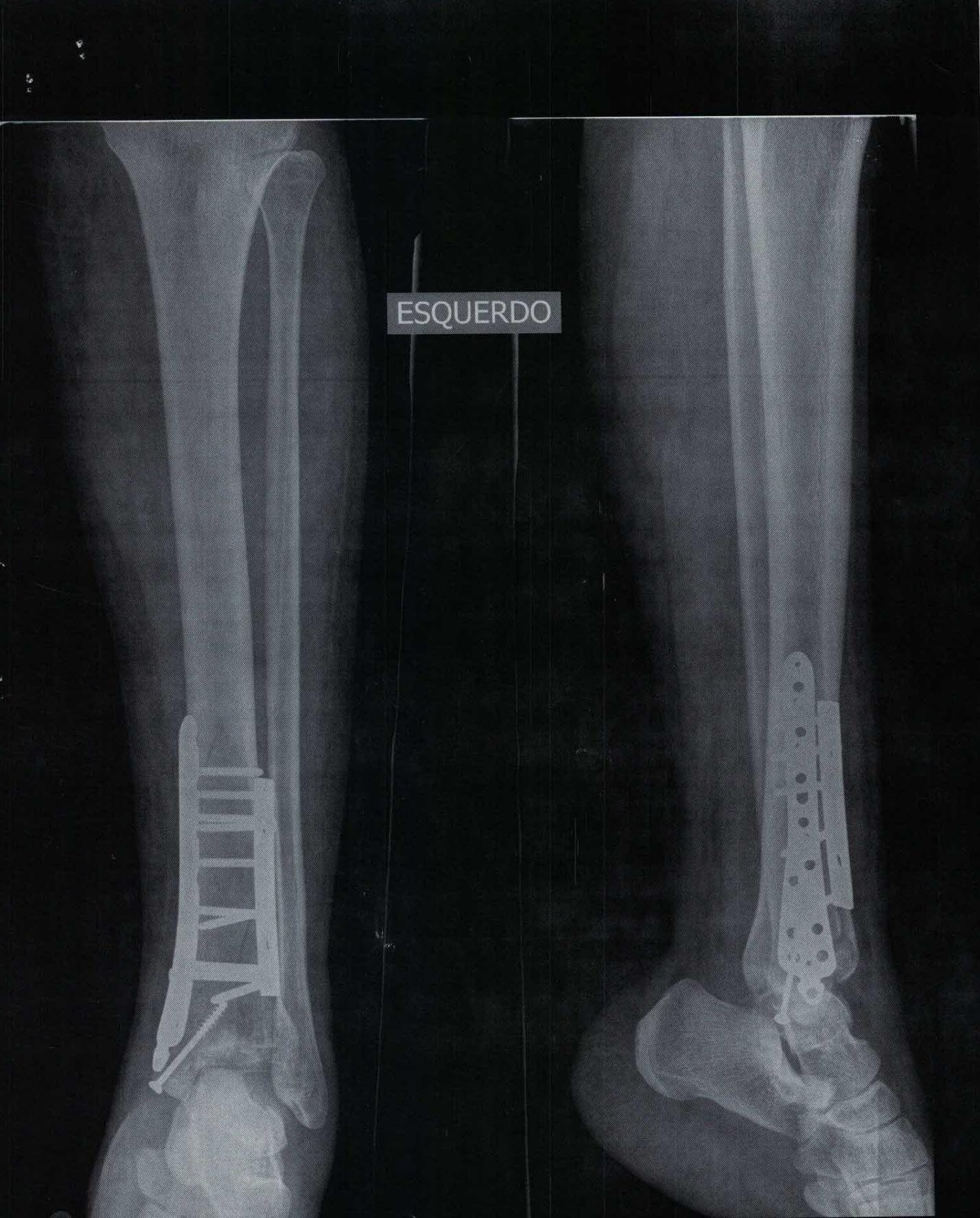


Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006

Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJLZS B7AS4 YBYVN 7JS3D







ESQUERDO

CLAUDIAMARA FELIX LEITE

33 ano(s) 29-10-1986

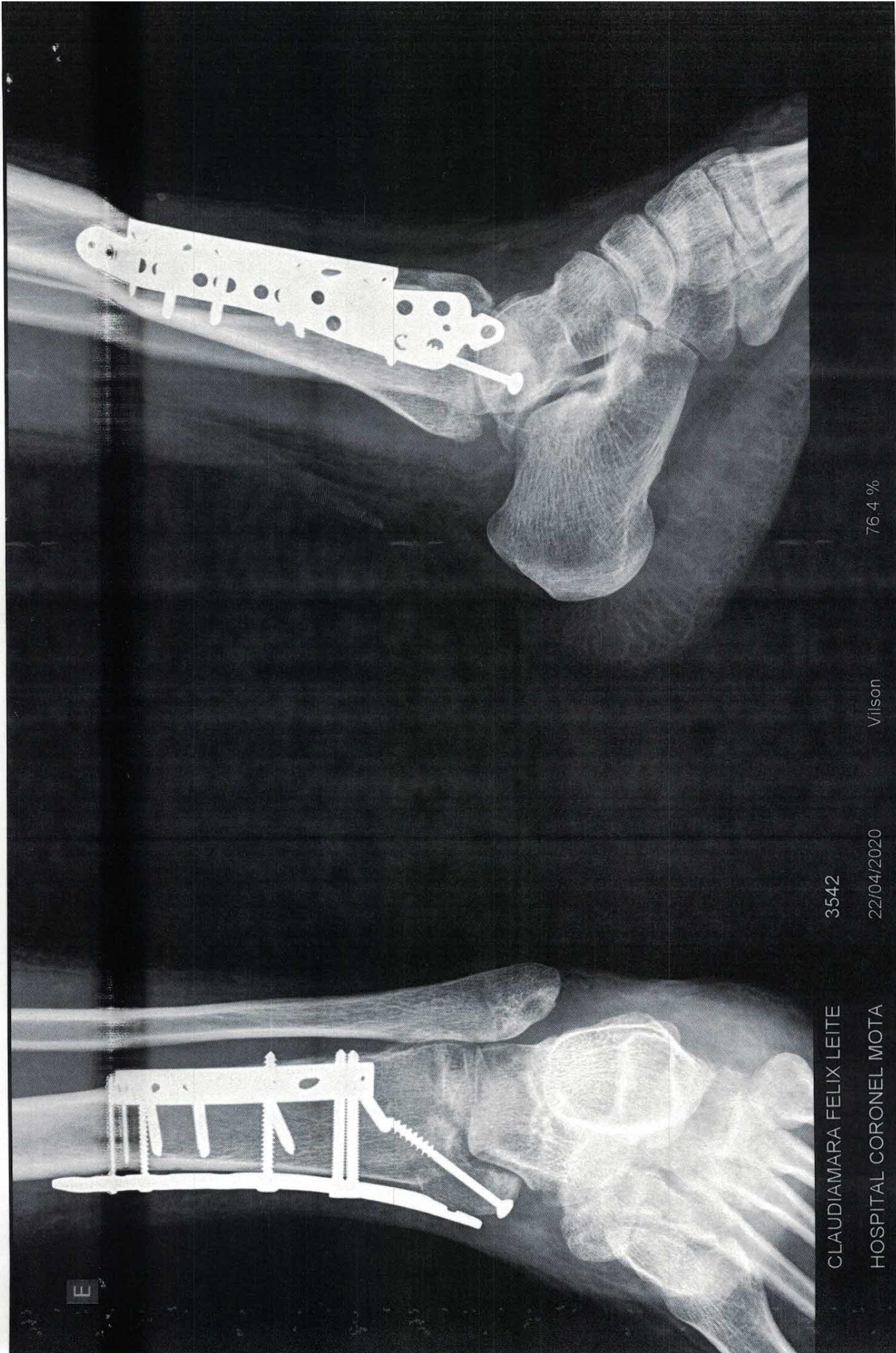
2951

11-03-2020 17:14:36

POLICLINICA COSME E SILVA

ALTACIR





CLADIAMARA FELIX LEITE  
HOSPITAL CORONEL MOTA

3542

22/04/2020

Vilson

76.4 %





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do  
**Seguro DPVAT: 3200255157** Vítima: **CLAUDIAMARA FELIX LEITE**

Data do Acidente: **12/01/2020** Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES**

Assunto: **PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), CLAUDIAMARA FELIX LEITE**

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:	<b>R\$ 2.531,25</b>

Dano Pessoal: **Perda completa da mobilidade de um dos ombros**

**25%**

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar:  $6,25\% \times 13.500,00 =$  **R\$ 843,75**

Dano Pessoal: **Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%**

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar:  $12,50\% \times 13.500,00 =$  **R\$ 1.687,50**

Recebedor: **CLAUDIAMARA FELIX LEITE**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000000653**

Conta: **00000006952-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

