

Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2017

Carta nº: 11554854

A/C: RAIMUNDO LEAO BARRETO

Sinistro: 3170422558 ASL-0297871/17
Vítima: RAIMUNDO LEAO BARRETO
Data Acidente: 10/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

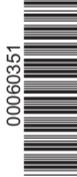
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2017

Carta n°: 11643998

A/C: RAIMUNDO LEAO BARRETO

Sinistro: 3170422558 ASL-0297871/17
Vitima: RAIMUNDO LEAO BARRETO
Data Acidente: 10/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: RAIMUNDO LEAO BARRETO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003588

Conta: 0000005014-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

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% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZ

Autorização de pagamento de



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, RAIMUNDO LEAO BARRETOPORTADOR(A) DO RG Nº 85.203EXPEDIDO POR SSPI/PREM 29/08/05 ECPF 370135340-68 /CNPJ 000000000000000000PROFISSÃO PESCADOR

E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSA (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA RAIMUNDO LEAO BARRETO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem** de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA, SALÁRIO DE Benefício ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner/colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
05 JUN 2017
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____

N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

Gente Seguradora S.A.

Av. Capitão Julio Beirão, 464 Sala 4

Bom Jesus - RR - CEP 69111-470

05 JUN 2017

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3598N° da CONTA (com dígito, se existir) 5014 - 6

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

POA VISTA 10 de MARÇO de 2017
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0181
DUVIDORIA 0808 725 7474

236-758801581-9

23/AGO/2016 HORA DF 15:29:19

LOT: 33.18969-7 TERM: 046750
LOCALIDADE: BOA VISTA
AG. VINCULADA: 0653 CONTROLE: 545175988

DEPÓSITO EM DINHEIRO

3568 613 08085014-6

RAIMUNDO LEAO BARRETO

VALOR

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

236-758801581-9

1ª VTA

CAIXA Loterias

CAIXA Loterias

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUN 2017

Gente Seguradora S.A.

Av. Capitao Julio Bezerra, 484 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69001-410

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 MAI 2017

Gente Seguradora S.A.

Av. Capitao Julio Bezerra, 484 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69001-410

Tânia Helena
(95) 99139-8405
3224-6579

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGUROADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

 EU, RAIMUNDO LEÃO BARRETO

 PORTADOR(A) DO RG N° 85203

 EXPEDIDO POR SSPI RR

 EM 29/08/05 E

 CPF 38103524268 /CNPJ 0000000000000000 PROFISSÃO PESCADOR

 E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSA (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA RAIMUNDO LEÃO BARRETO, AUTORIZO A SEGUROADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de contas e/ou comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
 02 AGO 2017
 Fernando
 GENTE SEGUROADORA SA
 Av. Capitão Júlio Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

IMPORTANTES: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

 Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3588 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 05014-6

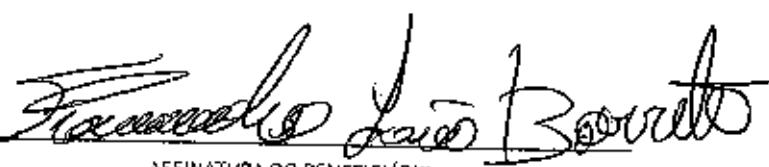
PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

 Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3588 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 05014-6

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

BOA VISTA, 20 de JULHO de 2019

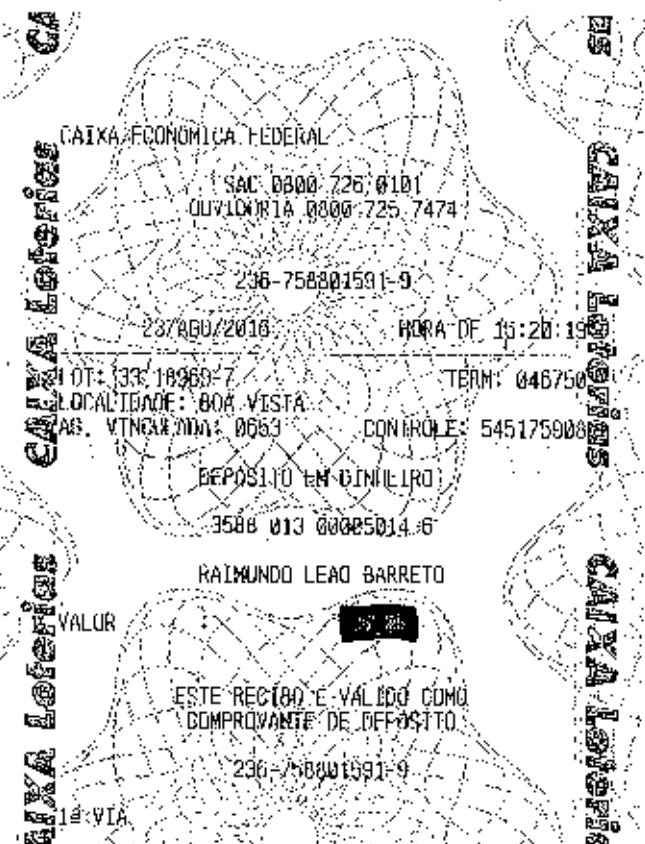
LOCAL E DATA



ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

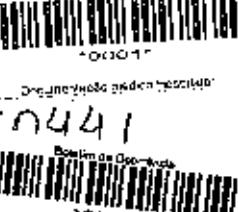
ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



(95) 99139-8405
3224-6579

36



**POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA**



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 2204 /2016 - Boa Vista-RR, em
18/10/2016**

COMUNICANTE: Raimundo Leão Barreto

RG: 85203 **O. EXP.:** SSP/RR **CPF.:** 382.135.242-68

ENDEREÇO: Rua: Raimundo A. Cavancant, N° 164

BAIRRO: Aparecida **CIDADE:** Boa Vista-RR

SEXO: Masculino **PROFISSÃO:** Pescador

NATURALIDADE: Boa Vista **ESTADO:** Roraima

DATA DE NASCIMENTO: 25/09/1972 **IDADE:** 44 anos **GRAU DE INSTRUÇÃO:**

ESTADO CIVIL: Casado **TELEFONE:** 99115-5167 **Nº REG. CNH:**

NOME DO PAI: Raimundo Rodrigues Barreto

NOME DA MÃE: Elvina Brasil Leão

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 00:45 Horas do dia 10/02/2016, na Rua Bacabeira, Bairro Paraviana, Município de Boa Vista, aconteceu o seguinte fato:

COMUNICA QUE PILOTEAVA A MOTOCICLETA HONDA/CG 125 FAN KS, CHASSI 9C2JC41100DR810435, PLACA NAV9259, COR VERMELHA, ANO 2013 DE PROPRIEDADE DE LUCIA DE ALMEIDA INÁCIO. QUANDO NA REFERIDA RUA, BAIRRO SENTIDO CENTRO, UM VEÍCULO INVADIU A PREFERENCIAL, BATENDO EM SUA MOTOCICLETA, O MESMO NÃO CONSEGUIU DESVIAR, VINDO A CAIR. O VEÍCULO EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO. FOI SOCORRIDO PELO SAMU E CONDUZIDO PARA O PRONTO SOCORRO HGR. É O RELATO.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: (Código 14.999) - APOIO SERVIÇOS DIVERSOS.
OBSERVAÇÃO: REGISTRO EXCLUSIVO PARA FINS DE SEGURO DPVAT.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUN 2017

Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4

DE ORDEM DO DELEGADO		DOCUMENTOS ANEXOS - CEP 69301-410	
RECEBIMENTO E CONFERÊNCIA		<ul style="list-style-type: none"> • RG E CPF • CNH • CRLV • PRONTUÁRIO MÉDICO 	
10 OUT. 2016		<ul style="list-style-type: none"> • ROP/PM OU BAPT/PRF • FICHA DO SAMU OU RESGATE • COMPROVANTE DE ENDEREÇO 	
ASSINATURA DO Delegado		Assinatura	
ASSINATURA DE POLICIA		Assinatura	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT	
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
19 MAI 2017	
Gente Seguradora S.A. Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4 Boa Vista - RR - CEP 69301-410	



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

378455

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 025100/2017

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 18/07/2017 09:56

Data/Hora Fim: 18/07/2017 10:11

Origem: Polícia Judiciária Data: 18/07/2017

Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha



Documentação digitalizada

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 10/02/2016 00:45

Local do Fato

Município: Boa Vista

Bairro: Paraviana

Logradouro: RUA BACABEIRA

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)	Lei Maria da Penha
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo	Não

EN VOLVIDO(S)

Nome: RAIMUNDO LEÃO BARRETO (COMUNICANTE)	ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: Boa Vista
Profissão: Pescador	
Nome da Mãe: Elvina Brasil Leão	
Endereço	
Município: Boa Vista - RR	
Logradouro: RUA RAIMUNDO A. CAVALCANTE	Nº: 164
Bairro: NOSSA SENHORA DA APARECIDA	
Telefone: (95) 99151-1567 (Celular)	
Nome: (DESCONHECIDO 1) (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)	GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Bezerra, 464 - Boa Vista - RR
Nacionalidade: Brasileira	
Endereço	
Município: Boa Vista - RR	

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhonete
Veículo Adulterado? Não	Quantidade: 1 Unidade
Situação: Envolvido	
Nome Envolvido (Desconhecido 1)	Envolvimentos Possuidor
Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
Placa: NAV9259	Número do Chassi: 9C2JC4110DR810435
Ano/Modelo Fabricação: 2013/2013	Cor: VERMELHA
UF Veículo: Roraima	Município Veículo: Boa Vista
Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS	Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS
Veículo Adulterado? Não	Quantidade: 1 Unidade
Situação: Envolvido	
Nome Envolvido Raimundo Leão Barreto	Envolvimentos Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante relata que na data, hora e endereço acima descrito, conduzia a motocicleta de propriedade de LUCIA DE ALMEIDA INÁCIO, quando um carro invadiu a preferencial causando a colisão entre os veículos, onde o comunicante caiu quebrando o tornozelo direito. QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. Que o motivo do BO é para fins de REQUERIMENTO DO SEGURO DPVAT. OBS: O



Delegado de Polícia Civil Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Maria Selma Maia de Almeida
Data de Impressão: 18/07/2017 10:12
Protocolo nº: Não disponível

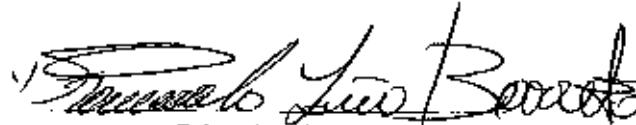
Página 1 de 2

COMUNICANTE NÃO É HABILITADO. É O RELATO

ASSINATURAS



Maria Selma Melo de Almeida
Responsável pelo Atendimento



Raimundo Leão Barreto
Comunicante

Condigo para os devidos fins de verificar que sou eu (Delegado) e responsável pelas informações acima apresentadas e nenhuma que possa ser suspeita ou a contrariedade pela mesma declarada que delas originam, conforme preceito nos Artigos 339 Denúncia, 340 Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

DAT

16 AGO. 2017

AU - DELEGACIA

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 AGO 2017

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



Documento de Identificação



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Raimundo Leão Barreto, portador da carteira de identidade nº 85.203 e inscrito no CPF/MF sob o nº 382.135.242-68, residente e domiciliado na R. Raimundo A. Cavalcat, Cidade Bon Vista, Estado Roraima, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 JUN 2017
Gente Seguradora S.A. Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4 Bon Vista - RR - CEP 69301-410

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 MAI 2017
Gente Seguradora S.A. Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4 Bon Vista - RR - CEP 69301-410

Local e data

Bon Vista, 10/05/17

FICHA DE ATENDIMENTO

192

Unidade: SPV Equipe: Victor Edilio / Totti
 Paciente: Rui Souza dos Santos Gomes Data: 05/06/16
 Endereço: 2. Bairro - Parintins

Nº: 2538

DATA: 05/06/16

DEPARTAMENTO DE ATENDIMENTO

0005

Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM:

Erica

MOTIVO: SOCORRO TRANSPORTE ATENDIDO NO LOCAL OUTRO

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL

Cinto: SIM NÃO
 Vítima: projetada
 Encarcerada
 Air Bag: SIM NÃO
 Motorista: diretor
 traseiro
 Cabeçamento
 Abaçamento
 Colisão: carro

MOTO:

Condutor:
 Carona:
 Capacete: SIM NÃO
 queda
 Abaçamento
 Colisão: carro

VIOLENCIA

FAB
 N.FAB
 Espancamento: _____
 Violência Doméstica
 Violência Sexual
 Tentativa de suicídio
 Outro: _____

OUTROS

Ac. De Trabalho Local Trajeto
 Queda, Altura aprox: _____
 Acidente Doméstico
 Queimadura: _____
 Agressão p/ animal _____
 Outros: _____

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no círculo do acidente)

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na vizinha)

Vias Aéreas

Ventilação

Dispnéia
 Bradipneia
 Taquipneia
 Resp. Ruidosa
 Obstruída
 Apnéia
 Outro: _____

M.V. Disponível: _____
 M.V. Ausente: _____
 Hipertimpanismo
 Maciez: _____
 Ferida Aspirativa

Circulação

Aval. Neurológica

Bradicárdico
 Taquicárdico
 Hipotônico
 Espasmo: _____
 Sopro: _____

AVDN
 Miopia
 Mikropsia
 Anisocoria
 Oftalmia
 Oftalmagia
 Riorragia
 Aparência alcoólica
 Outro: _____

SINAIS VÍTAIS E ESCORES

DPVAT

Hora: _____ P.A: mmHg: _____ F.C: bpm: _____ F.R: bpm: _____ Sat O2 %: _____ T. Aux: °C: _____

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

APGAR

Início: _____

19 MAI 2017

Fim: _____

Gente Seguradora S.A.

AVALIAÇÃO SECUNDARIA

DPVAT

Pele: Coçada
 Quente
 Pálida
 Fria
 Úmida
 Seca
 Esgotada

Cabeça: Coçado
 Escorregões
 Lacerado
 Hematomas
 Abafamento
 Fer.
 Penetrante

Face: Coçado
 Escorregões
 Lacerado
 Hematomas
 Desvio da traqueia
 Enfisema Sub-Cutâneo

Pescoço: Boa Vista
 RR: CEP: 69010-410
 Escorregões
 Lacerados
 Hematomas
 Desvio da traqueia
 Rota: paradoxal
 Taponamento

Abdome: Escorregões
 Lacerados
 Hematomas
 Desidratação
 Em tufos
 Dor
 Evacuação

Confusão
 Escorregões
 Dor
 Instabilidade

Coluna Dorsal: Confusão
 Escorregões
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Lacerado
 Dor

Membros: Confusão
 Escorregões
 Lacerado
 Dor

Fratura
 Amputação

Confusão
 Escorregões
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Lacerado
 Dor

Fratura
 Amputação

Escorregões
 Lacerados
 Hematomas
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Lacerado
 Dor

Fratura
 Amputação

Escorregões
 Lacerados
 Hematomas
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Lacerado
 Dor

Fratura
 Amputação

Escorregões
 Lacerados
 Hematomas
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Lacerado
 Dor

Fratura
 Amputação

Escorregões
 Lacerados
 Hematomas
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Lacerado
 Dor

Fratura
 Amputação

Escorregões
 Lacerados
 Hematomas
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Lacerado
 Dor

Fratura
 Amputação

Escorregões
 Lacerados
 Hematomas
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Lacerado
 Dor

Fratura
 Amputação

Escorregões
 Lacerados
 Hematomas
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Lacerado
 Dor

Fratura
 Amputação

Escorregões
 Lacerados
 Hematomas
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Lacerado
 Dor

Fratura
 Amputação

Escorregões
 Lacerados
 Hematomas
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Lacerado
 Dor

Fratura
 Amputação

Escorregões
 Lacerados
 Hematomas
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Lacerado
 Dor

Fratura
 Amputação

Escorregões
 Lacerados
 Hematomas
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Lacerado
 Dor

Fratura
 Amputação

Escorregões
 Lacerados
 Hematomas
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Lacerado
 Dor

Fratura
 Amputação

Escorregões
 Lacerados
 Hematomas
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Lacerado
 Dor

Fratura
 Amputação

Escorregões
 Lacerados
 Hematomas
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Lacerado
 Dor

Fratura
 Amputação

Escorregões
 Lacerados
 Hematomas
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Lacerado
 Dor

Fratura
 Amputação

Escorregões
 Lacerados
 Hematomas
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Lacerado
 Dor

Fratura
 Amputação

Escorregões
 Lacerados
 Hematomas
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Lacerado
 Dor

Fratura
 Amputação

Escorregões
 Lacerados
 Hematomas
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Lacerado
 Dor

Fratura
 Amputação

Escorregões
 Lacerados
 Hematomas
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Lacerado
 Dor

Fratura
 Amputação

Escorregões
 Lacerados
 Hematomas
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Lacerado
 Dor

Fratura
 Amputação

Escorregões
 Lacerados
 Hematomas
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Lacerado
 Dor

Fratura
 Amputação

Escorregões
 Lacerados
 Hematomas
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Lacerado
 Dor

Fratura
 Amputação

Escorregões
 Lacerados
 Hematomas
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Lacerado
 Dor

Fratura
 Amputação

Escorregões
 Lacerados
 Hematomas
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Dor

Confusão
 Escorregões
 Lacerado
<input

<input checked="" type="checkbox"/> Atendido no local <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR <input checked="" type="checkbox"/> Pronto Atendimento <input checked="" type="checkbox"/> Coronel Mota	<input checked="" type="checkbox"/> Cosme e Silva <input checked="" type="checkbox"/> HCSA <input checked="" type="checkbox"/> Maternidade <input checked="" type="checkbox"/> Outros
---	--

EMENTE DO PACIENTE Descrição: Nome do Receptor: Função do Receptor: Assinatura do Receptor:	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade: Assinatura do Paciente: _____ RG: _____
--	---

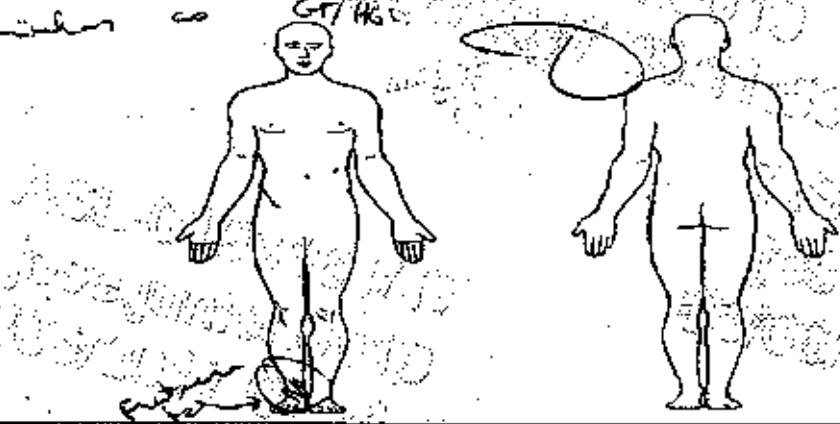
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUN 2017

Brasile Seguradora S.A.
 Rio Branco - Acre - CEP 69301-410

		ESCALA DE COMA DE GLASGOW		ESCORE DO TRAUMA	
		Adulto	Menores de 3 anos	Escolar	Praticada mín (m)
Aberta	Consciente	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4	10 a 24
Aberta	Confuso	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3	26 a 35
Aberta	Confuso	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2	≥ 36
Aberta	Não abre as olhos	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1	01 a 09
Aberta	Orientado	Bradicardia	Bradicardia	0	0 a 2
Aberta	Confuso	Choro intenso	Choro intenso	1	> 90
Aberta	Confuso	Choro a dor	Choro a dor	2	70 a 89
Aberta	Sons ou gemidos	Gemido a dor	Gemido a dor	3	50 a 69
Aberta	Nenhuma	Nenhuma	Nenhuma	4	01 a 48
Aberta	Nenhuma	Movimentos espontâneos	Movimentos espontâneos	5	0
Aberta	Obediente	Retração no rosto	Retração no rosto	6	14 a 15
Aberta	Obediente	Retração a dor	Retração a dor	7	11 a 13
Aberta	Obediente	Flexão normal	Flexão normal	8	8 a 10
Aberta	Obediente	Flexão anormal	Flexão anormal	9	5 a 7
Aberta	Obediente	Extensão a dor	Extensão a dor	10	3 a 4
Aberta	Obediente	Nenhuma	Nenhuma	11	
		ESCALA DE GLASGOW		12	ESCORE DO TRAUMA

Homem de 40 anos, embaçado, responde, falando, aponta, fatura reporta de 100g, que pertence a um círculo com o GT/HC.



CONFIRME COMO ORIGINAL
EMAT 106161

GESTANTE IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____ Perda de líquido: _____ BCF: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão	MATERIAL E MEDICAÇÃO - luvas - esterilizadas - gelos de gelo - esparadrapo - Equipe - RL 05 ml - soro - algodão - etc...
---	--

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/09/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDO LEAO BARRETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03588

CONTA: 00000005014-6

Nr. da Autenticação BA60C419DB284E40

Campanha de mísseis

100715

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Raimundo Léo Carreto,

RG nº 85203 data de expedição 29/08/05 Órgão SSP/RR

CPF nº 382.135.240-68, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguido, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R: Raimundo A Carreto</u>
Número	<u>156</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Aparecida</u>
Cidade	<u>Bon Vista</u>
Estado	<u>Roraima</u>
CEP	<u>69.306-430</u>
Telefone de Contato	<u>(95) 99115.1563</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me:

Local e Data: Bon Vista, 10/05/17

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 JUN 2017
Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4
Bon Vista - RR - CEP 69301-410

Assinatura do Declarante: Raimundo Léo Carreto

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 MAI 2017
Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4
Bon Vista - RR - CEP 69301-410

Eletrobras
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Gómez, 601 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.214.470/0001-04 Nro. Inscrição: 24.007.002-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B -
Regime Operacional de Imprensa autorizada pela SEFAZ 366/12

Para contato com a
Eletrobras informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO
117424-0

Nº da Nota Fiscal 000098191

A Tarifa Geral de Energia Elétrica - TSEGEP é criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONSUMO (KWH) TOTAL PAGO (R\$)

CONTÁ MÊS 11/06/2015 VENCIMENTO 103

53,12

RAIMUNDO LEAO BARRETO
R. RAIMUNDO A CAVANCANT 164 1 APARECIDA
CPF: 00098213524268
CEP: 69.306-430 - BOA VISTA

ROT: 13.001.04.02.005403

DADOS DA LEITURA

Atual:	3909
Anterior:	3806
Comutante de Multiplicação:	1,000
Consumo Médio:	103
Consumo Faturado:	103
	FCAN

DATAS DE LEITURA

Atual:	29/07/2015
Anterior:	26/06/2015
Próxima Leitura:	29/08/2015
Entrega:	29/07/2015
Apresentação:	29/07/2015

Forma de faturamento: NORMAL Fator de Peleirada: 1,000 Fator de Consumo: 33

DADOS DA UNIDADE DE CONSUMO (RUA)

Classificação:	Upade:	Kilometro Medido:	Posto:	Código Posto:	Média 12 meses:
RESIDENCIAL	BI	116DB03769	N 1610245	1.2.1.2	150

HISTÓRICO KWH

Mês/Ano	Valor
JUN/15	95
MAI/15	86
ABR/15	117
MAR/15	141
FEV/15	150
JAN/15	168
DEZ/14	175
NOV/14	166
OUT/14	185
SET/14	203
TARIFA SNC DE BUITOS:	8,100 - 0,285160

DISCRIMINAÇÃO DA CONTA

CONSUMO	103 A R\$ 0,361102 =	37,19
CORREÇÃO MONETARIA DA 04/15-00		0,19
CORREÇÃO MONETARIA IG 04/15-00		0,73
MULTA POR ATRASO DE E 04/15-00		1,08
JUROS DE HORA PDR BTR 04/15-00		0,26
MULTA POR ATRASO 04/15-00		0,86
JUROS DE HORA DE INPD 04/15-00		0,93
ILUMINAÇÃO PÚBLICA		11,87

MENSAGENS IMPORTANTES / PRAZO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ 06/2015 51,12

Unidade consumidora aderente ao Programa de Economia de Energia Elétrica a R\$ 11,00 (onze reais) mais reajustes nessa fatura. O não pagamento poderá acarretar desligamento de rede de consumidor no dia 09/08. Informações ainda estão em constante evolução e a mesma pode mudar. O valor de R\$ 47,36 (quarenta e sete reais) é o valor de faturamento favor desconsiderar este aviso.

CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS (LBV) INCLUIDA EM SUA FATURA ESTA PODE SER CANCELADA, A QUALQUER TEMPO, EM NOSSOS CAIXAS DE ATENDIMENTO.
LIGUE 68007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVAS DE RÉCIA: 083C 518F 288E 64E0 04F3 1C23 4E87 D183

COMPONENTE DA CUSTA - R\$

Despesas:

Enegrie:

Transportes:

Encargos:

Tributos:

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$

Base de Cálculo:

Alíquota (%)

Valor (R\$)

Valor do PIS

Valor da COFINS

INSCRIÇÕES DE CONTRIBUIDORES

PERÍODO: 01/01/2015 - 30/06/2015

Mês: Junho

Mês: Julho

Mês: Agosto

Mês: Setembro

Mês: Outubro

Mês: Novembro

Mês: Dezembro

Mês: Janeiro

Mês: Fevereiro

Mês: Março

Mês: Abril

Mês: Maio

Mês: Junho

Mês: Julho

Mês: Agosto

Mês: Setembro

Mês: Outubro

Mês: Novembro

Mês: Dezembro

Mês: Janeiro

Mês: Fevereiro

Mês: Março

Mês: Abril

Mês: Maio

Mês: Junho

Mês: Julho

Mês: Agosto

Mês: Setembro

Mês: Outubro

Mês: Novembro

Mês: Dezembro

Mês: Janeiro

Mês: Fevereiro

Mês: Março

Mês: Abril

Mês: Maio

Mês: Junho

Mês: Julho

Mês: Agosto

Mês: Setembro

Mês: Outubro

Mês: Novembro

Mês: Dezembro

Mês: Janeiro

Mês: Fevereiro

Mês: Março

Mês: Abril

Mês: Maio

Mês: Junho

Mês: Julho

Mês: Agosto

Mês: Setembro

Mês: Outubro

Mês: Novembro

Mês: Dezembro

Mês: Janeiro

Mês: Fevereiro

Mês: Março

Mês: Abril

Mês: Maio

Mês: Junho

Mês: Julho

Mês: Agosto

Mês: Setembro

Mês: Outubro

Mês: Novembro

Mês: Dezembro

Mês: Janeiro

Mês: Fevereiro

Mês: Março

Mês: Abril

Mês: Maio

Mês: Junho

Mês: Julho

Mês: Agosto

Mês: Setembro

Mês: Outubro

Mês: Novembro

Mês: Dezembro

Mês: Janeiro

Mês: Fevereiro

Mês: Março

Mês: Abril

Mês: Maio

Mês: Junho

Mês: Julho

Mês: Agosto

Mês: Setembro

Mês: Outubro

Mês: Novembro

Mês: Dezembro

Mês: Janeiro

Mês: Fevereiro

Mês: Março

Mês: Abril

Mês: Maio

Mês: Junho

Mês: Julho

Mês: Agosto

Mês: Setembro

Mês: Outubro

Mês: Novembro

Mês: Dezembro

Mês: Janeiro

Mês: Fevereiro

Mês: Março

Mês: Abril

Mês: Maio

Mês: Junho

Mês: Julho

Mês: Agosto

Mês: Setembro

Mês: Outubro

Mês: Novembro

Mês: Dezembro

Mês: Janeiro

Mês: Fevereiro

Mês: Março

Mês: Abril

Mês: Maio

Mês: Junho

Mês: Julho

Mês: Agosto

Mês: Setembro

Mês: Outubro

Mês: Novembro

Mês: Dezembro

Mês: Janeiro

Mês: Fevereiro

Mês: Março

Mês: Abril

Mês: Maio

Mês: Junho

Mês: Julho

Mês: Agosto

Mês: Setembro

Mês: Outubro

Mês: Novembro

Mês: Dezembro

Mês: Janeiro

Mês: Fevereiro

Mês: Março

Mês: Abril

Mês: Maio

Mês: Junho

Mês: Julho

Mês: Agosto

Mês: Setembro

Mês: Outubro

Mês: Novembro

Mês: Dezembro

Mês: Janeiro

Mês: Fevereiro

Mês: Março

Mês: Abril

Mês: Maio

Mês: Junho

Mês: Julho

Mês: Agosto

Mês: Setembro

Mês: Outubro

Mês: Novembro

Mês: Dezembro

Mês: Janeiro

Mês: Fevereiro

Mês: Março

Mês: Abril

Mês: Maio

Mês: Junho

Mês: Julho

Mês: Agosto

Mês: Setembro

Mês: Outubro

Mês: Novembro

Mês: Dezembro

Mês: Janeiro

Mês: Fevereiro

Mês: Março

Mês: Abril

Mês: Maio

Mês: Junho

Mês: Julho

Mês: Agosto

Mês: Setembro

Mês: Outubro

Mês: Novembro

Mês: Dezembro

Mês: Janeiro

Mês: Fevereiro

Mês: Março

Mês: Abril

Mês: Maio

Mês: Junho

Mês: Julho

Mês: Agosto

Mês: Setembro

Mês: Outubro

Mês: Novembro

Mês: Dezembro

Mês: Janeiro

Mês: Fevereiro

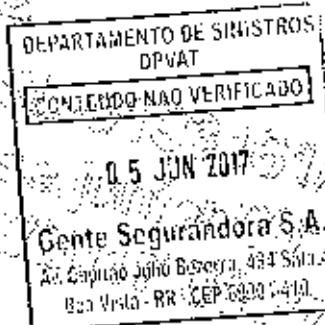
Mês: Março



CDD BOA VISTA RR
TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO
ANTONIO AUGUSTO MARTINS 347
SAO FRANCISCO
69305-270 BOA VISTA RR

C0108623

Data de Postagem: 27/05/2017 Data de Vencimento: 03/06/2017





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu: Tânia Helena L. de Melo, portador(a) do

RG nº 4.890.49, expedido por SSP / RO, em

09/03/1982, CPF/CNPJ nº 421.026.772-49

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Raimundo

Leão Barreto do sinistro de DPVAT da natureza Indisponibilidade

da vítima Raimundo Leão Barreto

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas: 15 JUN 2017

Profissão: Recepcionista

Renda Mensal: R\$ Recepcionista

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
15 JUN 2017
Gente Seguradora S.A. Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4 Bom Vista - RR - CEP 09301-410

Documentos comprobatórios: Recomendação

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 MAI 2017
Gente Seguradora S.A. Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4 Bom Vista - RR - CEP 09301-410

Tânia H. L. Fracalossi de Melo

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



196 B 08
After : 29/10/2016

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

1600543339	10/02/2016 02:13:57	FICHA DE ATENDIMENTO			TRAUMATOLOGIA	NOTURNO 19-07
Paciente	27.02.18	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Pontuação
RAIMUNDO LEAO BARRETO	25/09/1972	43 A 4 M 15 D			18.02	100
Documento	RG	Orgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IGNORADO				M	NHERRA	BRALDADA
Mae						
ELVINA BRASIL LEAO						
Endereço						Endereço
- RUA RAIMUNDO ACIOLE CAVALCANTE - 142 ***						
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº de Carteira	DEPARTAMENTO DE SINISTROS		Ocupação	
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		DPMAT		NÃO INFORMADA	
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	CON	MAT	Aut. Exame	
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA		NÃO VERIFICADO			
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Procedência	Temp.	Peso	
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL		05 JUN 2017		Pressão	
Queixa Principal	<input checked="" type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue		Registrado por:			
Anamnese de Enfermagem			KALINE			
Gente Seguradora S.A.						
Av. Presidente Dutra, 288 Sala 4						
Belo Horizonte - MG - CEP 30360-010						
GSC						
TOTAL						
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456						

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 10:00)	
PCT DITUM Durante nascimento Durante batalha Hemodinâmico. M+ DPOF Ficou com sangue.	
Exame Físico	
PCT DITUM de peito, brônquio DPOF embrião de sangue. Osteopatia	
Hipótese Diagnóstica	
Lesão intracraniana traumática	
SADT - Exames Complementares	
<input type="checkbox"/> RAIOS-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	
Fenofenil Oral 250 mg	
APRAZAMENTO	
13 JUL 2016	
OBSERVAÇÃO	
CENTRAL DE RONALDO Nando Gomes, 4/3 Av. Brás, 2111-0020 Fone: 21-2211-0020 E-mail: CENTRALRONALDO@GMAIL.COM	
19 JUL 2016	
CENTRAL DE RONALDO Nando Gomes, 4/3 Av. Brás, 2111-0020 Fone: 21-2211-0020 E-mail: CENTRALRONALDO@GMAIL.COM	
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPOFAT	
19 MAI 2017	
Gente Seguradora S.A.	
Conduta:	
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta e Pedido <input type="checkbox"/> Alta e Revista <input type="checkbox"/> Transferência para:	
<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta:	
Óbito	
Atições do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim	
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 Sala 4 Núcleo: <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Família	
<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica <input type="checkbox"/> IML Radiologia	

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carlinho e Assalto ao Médico

Impresso por: **Juliane**
Data/Hora: 19/02/2018 02:21:34



~~500~~ 1000 units zero

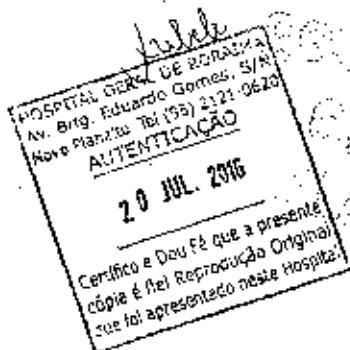
1100 Scop. Alison on

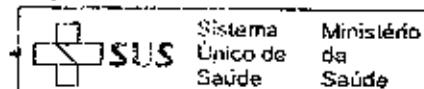
W. M. Mauter

4 Diprone 600 mg po at

"TILTED 10/10/11 06 12"

C✓





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

PS

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

PS - 1454

05 JUN 2017

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

RAIMUNDO LEÃO BARRETO

Gente Seguradora S.A.

5 - N.º DO PRONTUÁRIO

134 482

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

3101321051601511216161912

8 - DATA DE ALTA/ADMISÃO

9 - SEXO

M

10 - NOME DA MÃE OU DA RESPONSÁVEL

Elvira Brasil

015

11 - TELEFONE DE CONTATO

031 3411-1111

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

Rua Raimundo Leão Barreto, 142 - Aparecida

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bonito

55800-000

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Sofre acidente caindo de cima, fraturando, fraturando, expor o osso e deformidade de tornozelo. Sr.

DEPARTAMENTO DE SINISTRO:
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 MAI 2017

Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Julio Bertho, 484 Sala 4
Bonito - RR - CEP 63301-110

HOSPITAL
AV. BRIG. EQUADOR, 1211
NOROESTE Tel (65) 2111-1111
AUTENTICAÇÃO

20 JUL 2016

Certifico e dou fé que a paciente
costela e no Reprodutor Ortopédico
está bem apresentada neste Hospital
e tal apresentação neste Hospital

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

CIPERGOL

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

Pr Tornozelo direito

20 DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

LUXO FRATURA EX POSTA TORNозELO DIR

21 - CÓDIGO PRINCIPAL, 22 - CÓD. SECUNDÁRIO, 23 - CÓD. ADICIONAIS ASSOCIADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

DEBRIAGEM CHURRACA + PEGOUGO + FIMAGAO SISTEM

26 - CÓDIGO DA CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

Jerônimo A. Lopez Agrônomo

10/02/16

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

26 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N.º DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

28 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CBO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

30 - CNPJ EMPRESA

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

36 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

31 - EMPREGADOR

44 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO HOSPITALAR

37 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

32 - EMPREGADOR

45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO HOSPITALAR

46 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

47 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

48 - ASSINATURA E CARMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

46 - DOCUMENTO

47 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF)

49 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

50 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

48 - DOCUMENTO

49 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF)

51 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

0408030578

5875
V1299

216-3

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	RAINHO LÉO BARRETO		
DIAGNÓSTICO	LUXO-ERARTURA EX POSTA TORPO DIREITO		
ALÉRGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	DATA	10/02/16
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE APÓS RPA	SUD	
2	SF 0,9% 500 ML EV 12/12H	12:00 18:00	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	12:00 18:00	
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H	12:00 18:00	
5	TILATIL 20MG EV 12/12H	12:00 06:00	
6	DIPIRONA 1G EV OU VO 4/4H	06:00	
7	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU VO 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	12:00 06:00	
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SN	
9	RANITIDINA 50MG EV 8/8H	12:00 06:00	
10	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JÉU	14:00	
11	CAFTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8h (S/N)		
13	CURATIVO DIÁRIO	M	
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DM/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUN 2017

Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 Sala 4
Belo Horizonte - MG - CEP: 30301-610

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 JUL 2017

Certifico e Devo Fá que a presente
ficha é Fiel Reprodução Original
e não apresenta nenhuma alteração.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 MAI 2017

Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 Sala 4
Belo Horizonte - MG - CEP: 30301-610

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

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 10/05/2017 OS: 14

RAIMUNDO LIMA - PAPAI

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:	UV. PAPAI LIMA, 60 ANOS
INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:	
TIPO DE INTERVENÇÃO:	
MEDICAÇÕES E ACIDENTES:	
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:	

CIRURGIÃO:	Dr. Jair	1º auxiliar:	Dr. Cesar
2º auxiliar:		INSTRUMENTADORA:	
3º auxiliar:		ANESTESIA:	
ANESTESISTAS:	Dr. Jair	ANESTÉSICO:	
INÍCIO:	10:00	FIM:	11:00
		DURAÇÃO:	1 hora

RELATÓRIO CIRÚRGICO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 MAI 2017
Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 Sala 4
Bon. Vista - RR - CEP 69301-410

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 JUN 2017
Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 Sala 4
Bon. Vista - RR - CEP 69301-410

DR. S. LOPES AGUIAR
CRM 1659 RR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"União, Amizade e Progresso da Roraima"

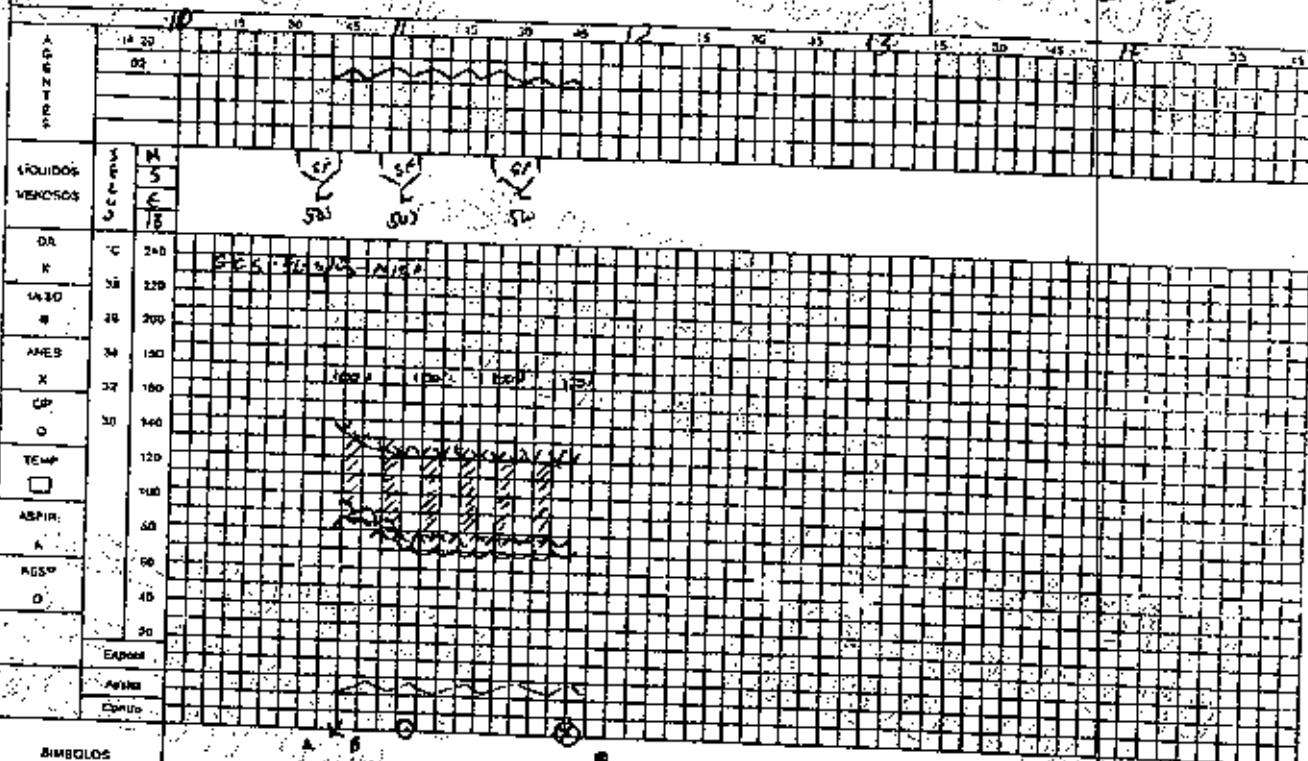
FICHA DE ANESTESIA

PARA
DATA
10-02-15

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

ME 2,5 mg 10:30h
Fisi. 0,5 mg SORBITOL

EF



AGENTES

A. OXIVACINA 0,5% 12,5 mg

DOSES

TECNICA

PARA ANESTESIA LOMBOR HIRAM
BARRA SORVETE VIDA MORTA

VENTILATOR EXTRACRANIANO

B.

C.

D.

E.

F.

G.

GLICOSE

LÍQUIDOS

INDO

SANGUE

H. Fisi. 0,9% 1.500 ml

TOTAL

OPERACAO

TRATAMENTO CIRURGICO 26 LUXO - FRACTURA TOENALIZADA

TECNICA

NAU

TEMPO DE ANESTESIA

01' 00"

ANOTACOES

X. - AGENTES ANESTESIA REGIA LONGA
a) Alcool Fanta Festerro.
- ENFIMAGEM FOTOS SUFFICIEN-
TE ALCOOL 2% (80 mg).
- PORTAL OSELO SORVETE 60-60
ACUINA 22G.
- INJECAO ALVACINA 0,5% (145 mg)
Y. 7/5/2014

ANESTESIA

Dr. Fábio (Dr. Fábio)

COLEGIO

CRUZEIRO

DATA / 01/16/

DEPARTAMENTO DE SINISTRO

DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

19 MAI 2017

Gente Seguradora S.A.

Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 Sala 4

Bon Vista - RR - CEP 69301-410

Laringo - Espuma - Encasado - Seco
Oxigenio - Rins - Hidrata -
"Bucking" - Vômito

Hemorragia - Anemia
Brad - Tachicardia - Choque

PERDA SANGUÍNEA

CONTAJAL

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

05 JUN 2017

Gente Seguradora S.A.

Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 Sala 4

Bon Vista - RR - CEP 69301-410



SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
Raimundo Sérgio Brum - CENTRO CIRÚRGICO/SRP

NOME: Kaimundo Leão Barreto

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO		TRANSPORTE					TTO Cirurgia de luxo fratura T10/11	
Data: 10/02/2016	Nº: 43	Entrada na Sala:	Inicio da Cirurgia:	Inicio Anestesia:	Termino Cirurgia:	Saída S.O.:	Cirurgia Realizada:	SRPA:
10:40	11:15	10:43	12:15				11/11/11	11/11/11
Chamada:	Cirurgia Realizada:	Anestesia:	Posicionamento:			Anestesia:		
<input checked="" type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> U.T.I. 1	<input type="checkbox"/> Agui		dorsal			localização		
<input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> U.T.I. 2								
<input type="checkbox"/> Outros:								
Cirurgia Proposta:								
1. Informações:		Sinais Vitais						
<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Pré-anestésico		1. T: <input type="checkbox"/> 37°C <input type="checkbox"/> 38°C <input type="checkbox"/> 39°C	2. P: <input type="checkbox"/> 70 bpm <input type="checkbox"/> 80 bpm <input type="checkbox"/> 90 bpm	3. R: <input type="checkbox"/> 16 bpm <input type="checkbox"/> 20 bpm <input type="checkbox"/> 24 bpm	4. S: <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular	5. FC: <input type="checkbox"/> 72 bpm <input type="checkbox"/> 80 bpm <input type="checkbox"/> 90 bpm	6. PA: <input type="checkbox"/> 100/60 mmHg <input type="checkbox"/> 110/70 mmHg <input type="checkbox"/> 120/80 mmHg	
<input type="checkbox"/> Glúteo <input type="checkbox"/> Intracath								
<input type="checkbox"/> Bruxo <input type="checkbox"/> Sangue								
<input type="checkbox"/> Alegria <input type="checkbox"/> Cardiopata								
<input type="checkbox"/> Exames <input type="checkbox"/> Asmático								
<input type="checkbox"/> Outros:								
2. Estado Emocional/ Mental		Exames na SO:						
<input type="checkbox"/> Choroso <input type="checkbox"/> Sonolento		1. Eletrodo:	2. Hb:	3. Hemograma:	4. Ralo X:	5. Sputo:	6. Urina:	
<input type="checkbox"/> Agitado		<input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> S	
<input checked="" type="checkbox"/> Outros:	Estados:							
3. Sinais Vitais:		Balanço Hídrico:						
T: <input type="checkbox"/> 37°C <input type="checkbox"/> 38°C <input type="checkbox"/> 39°C	P: <input type="checkbox"/> 59 bpm <input type="checkbox"/> 70 bpm <input type="checkbox"/> 80 bpm	EV:	HV:	CH:	SNG:	Dreno:	Saídas:	
FC: <input type="checkbox"/> 72 bpm <input type="checkbox"/> 80 bpm <input type="checkbox"/> 90 bpm	SAT: <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 98% <input type="checkbox"/> 96%	<input type="checkbox"/> 1000	<input type="checkbox"/> 500	<input type="checkbox"/> 1000	<input type="checkbox"/> 500	<input type="checkbox"/> 1000	<input type="checkbox"/> 500	
4. Condições da Pele:		Entradas:						
<input type="checkbox"/> FAV <input type="checkbox"/> Herpético	<input type="checkbox"/> FAV <input type="checkbox"/> Quemado	1. Eletrodo:	2. Oxímetro:	3. PVC:	4. Placa de Estetoscópio:	5. Incisão:	6. Cateter:	
<input type="checkbox"/> FAV <input type="checkbox"/> Quemado	<input type="checkbox"/> FAV <input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> CONTEUDO NAO VERIFICADO	<input type="checkbox"/> CONTEUDO NAO VERIFICADO	<input type="checkbox"/> CONTEUDO NAO VERIFICADO	<input type="checkbox"/> CONTEUDO NAO VERIFICADO	<input type="checkbox"/> CONTEUDO NAO VERIFICADO	<input type="checkbox"/> CONTEUDO NAO VERIFICADO	
<input type="checkbox"/> Doenças <input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Doenças <input type="checkbox"/> Deformidade	<input type="checkbox"/> CONTEUDO NAO VERIFICADO	<input type="checkbox"/> CONTEUDO NAO VERIFICADO	<input type="checkbox"/> CONTEUDO NAO VERIFICADO	<input type="checkbox"/> CONTEUDO NAO VERIFICADO	<input type="checkbox"/> CONTEUDO NAO VERIFICADO	<input type="checkbox"/> CONTEUDO NAO VERIFICADO	
<input type="checkbox"/> Anosmia <input type="checkbox"/> Amputação	<input type="checkbox"/> Alterações <input type="checkbox"/> Frat. Exposta	<input type="checkbox"/> CONTEUDO NAO VERIFICADO	<input type="checkbox"/> CONTEUDO NAO VERIFICADO	<input type="checkbox"/> CONTEUDO NAO VERIFICADO	<input type="checkbox"/> CONTEUDO NAO VERIFICADO	<input type="checkbox"/> CONTEUDO NAO VERIFICADO	<input type="checkbox"/> CONTEUDO NAO VERIFICADO	
5. Destino:		Saídas:						
<input checked="" type="checkbox"/> SRPA <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Outros:	Ass.: Rebeca Góedo Costa							
Instrumento elaborado pelos Enfermeiros da COOPENURE - AM/ 2008 e adaptado pelos Enfermeiros HGR-PAAR-PSFE-RR/2015								

Block "B" - 216-3

216-3.

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Proteção Médica Diária

Ricardo Léo Barreto

Nome Responsável

Data: 11/04/2016

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Andrade Barreto, 489 Sala 2
Bon Vista - RR - CEP 69301-010

Item	Prescrição	Horário
01	DIETA ORAL LIVRE	05 JUN 2017
02	SCALP SALINIZADO	Gente Seguradora S.A. Av. Capitão Andrade Barreto, 489 Sala 2 Bon Vista - RR - CEP 69301-010
03	TILATIL 20MG EV 12/12H	
04	CEPALOTINA 1G EV 6/6H	
05	DIPIRONA 1AMP EV 6/6H	
06	PLASIL 1AMP EV 8/8H S/N	
07	OMERAZOL 20MG EV 1X/DIA	Susp.
08	TIRAMAL 100MG +SF 9,9% 100ML EV 03/03 S/N	
09	CAPTOPRIL 25MG 1 COMP VO se PA>160X100MHG	S/N
10	CURATIVO DIÁRIO	Rotina
11	CCGG +SSVV 6/6 H	Rotina

Raios X: Linz long (2) 88, 140 92 06

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 MAI 2017

Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Andrade Barreto, 489 Sala 2
Bon Vista - RR - CEP 69301-010

Entidade: DPVAT
Av. Capitão Andrade Barreto, 489
Bon Vista - RR - CEP 69301-010

11-05-2016

PA = 153 x 106

FC = 79

JSB, PA 130X90mm

FC: 65

T: 36,5°C

FC: 66,6°C

T: 34°C

24h: T 36°C

PA 127mmHg



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1 | Versão:06 | Data da Elaboração:
1º Fevereiro 2013
Atualizada: Janeiro / 2015
ENF/LEITO: 216-03

Nome: RAIMUNDO LIMA BARRETO			
DATA: 15/02/16	Localização / Região:	DATA:	Localização / Região:
<input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II		<input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	
Etologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra:	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra:	
Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm Largura: _____ cm	Comprimento _____ cm Largura: _____ cm	
Profundidade _____ cm	Profundidade _____ cm		
Aparência do Leito:	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara	
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínima <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mínima <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	
Dor:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Odo:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perilesional:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	
Solução para limpeza	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Horas do curativo:	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca:	15/03/16		
Em caso de + de 24hs			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01-	02-	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO </div> <p>05 JUN 2017</p> <p>Gente Seguradora S.A. Av. Ceará Júlio Brizola, 406, Sala 4 Bair. Centro - RR - CEP 69030-440</p>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO </div> <p>19 MAI 2017</p> <p>Gente Seguradora S.A. Av. Ceará Júlio Brizola, 406, Sala 4 Bair. Centro - RR - CEP 69030-440</p>	

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Convatec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estes devem ser evoluídos separadamente.

RE.

HOSPITAL GERAL DE ALTAIRIA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RIO BRANCO
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PREScrição MÉDICA

DATA DE PRESCRIÇÃO: 05/06/2017

DOENÇA: ARTRITE REUMATOIDES

DIAGNÓSTICO: ARTRITE REUMATOIDES

ALÉRGIAS:

DEDO:

ITEM

PREScrição

236-3

DIETA ORAL LIVRE

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUN 2017

Gente Seguradora S.A.

Av. Capitão Julio Bezerra, 464 Sala 4
Bom Visto - RR - CEP 69301-410

EVOLUÇÃO MÉDICA:

EVOLUÇÃO:

CONDUITA:

PROGRAMAÇÃO DE TRATAMENTO:

ANALOGIA DE ALIMENTAÇÃO:



SINAIS VITAIS

PA (SISTOLICO) / FR

12 H

127/82

79

39,0

12 H

120/80

80

36,9

22

120/80

80

36,8C



Nome:

Romuendo Barreto

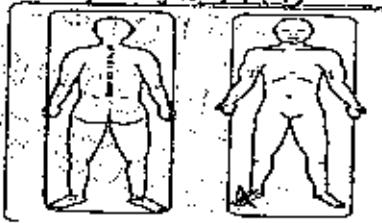
DATA:

13.02

GRAU - I

GRAU - II

Localização / Região: M 10



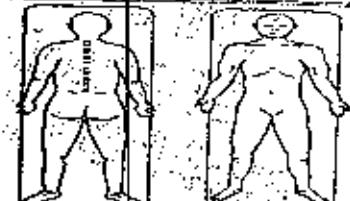
DATA:

13.02

GRAU - I

GRAU - II

Localização / Região:



Etiologia

Pressão I - II - III - IV Venosa Arterial Diabética
osteopática cirúrgica Trauma outra:

Pressão I - II - III - IV Venosa Arterial Diabética
osteopática cirúrgica Trauma outra:

Tamanho da Ferida:

Comprimento _____ cm Largura: _____ cm

Comprimento _____ cm Largura: _____ cm

Profundidade _____ cm

Profundidade _____ cm

Aparência do Leito:

Tecido de granulação com esfacelo
 Tecido necrótico

Tecido de granulação com esfacelo
 Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato:

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

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

Tipo de exsudato:

Seroso Fibrinoso Sanguinolento
 Purulento Serossanguíneo

Seroso Fibrinoso Sanguinolento
 Purulento Serossanguíneo

Dor:

Sim Não

Sim Não

Odor:

evidente na remoção da cobertura a beira do leito

evidente na remoção da cobertura a beira do leito

evidente ao entrar no quarto Sem odor

evidente ao entrar no quarto Sem odor

Condição da pele:

Normal Macerada seca Entema / Rubor

Normal Macerada seca Entema / Rubor

Perilesional:

Prurido Outras

Prurido Outras

Solução para limpeza:

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

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

Cobertura primária
(Contato direto na lesão)

Gaze Colagenase
 Fibrinase Sulfadiazina de Prata
 AGE Outro: _____

Gaze Colagenase
 Fibrinase Sulfadiazina de Prata
 AGE Outro: _____

Horas do curativo:

Manhã Tarde

Manhã Tarde

Data da Próxima troca:

01-
Domingo

01-
Domingo

Em caso de + de 24hs

02-
Sexta

02-
Sexta

Carimbo e assinatura

do Enfermeiro

01-
Silva

01-
Ana

OBS:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUN 2017

Gente Seguradora S.A.

Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4

Bon. Vista - RR - CEP 69101-410

OBS:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 MAI 2017

Gente Seguradora S.A.

Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4

Bon. Vista - RR - CEP 69101-410



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

DATA DE ADMISSÃO

FACIENTE RAIMUNDO LÉO BARRETO

DIAGNÓSTICO FX-LUX EXP. T2

ALÉRGIAS NEGATIVAS

IDADE 50 ANOS

ITEM 1 PRESCRIÇÃO

1 DIETA ORAL LEVE

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286

287

288

289

290

291

292

293

294

295

296

297

298

299

300

301

302

303

304

305

306

307

308

309

310

311

312

313

314

315

316

317

318

319

320

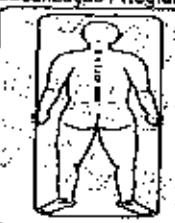
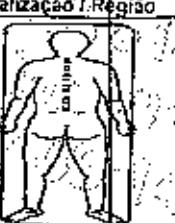
321

322

323

324



Nome: <i>Raimundo Lélio Barreto</i>			
DATA: 14.02.16		Localização / Região	Localização / Região
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II		 	 
Etiologia		<input checked="" type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input checked="" type="checkbox"/> Venosa <input checked="" type="checkbox"/> Arterial <input checked="" type="checkbox"/> Diabética <input checked="" type="checkbox"/> Neuropática <input checked="" type="checkbox"/> Cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outros	
Tamanho da Ferida:		Comprimento _____ cm	Largura: _____ cm
Profundidade _____ cm			
Aparência do Leito:		<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input checked="" type="checkbox"/> com esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato:		<input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input checked="" type="checkbox"/> úmido, moderado <input checked="" type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato:		<input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input checked="" type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serosanguíneo	
Sangüinolento			
Dor:		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Odor:		<input checked="" type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input checked="" type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perilesional:		<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input checked="" type="checkbox"/> seca <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input checked="" type="checkbox"/> Prurido <input checked="" type="checkbox"/> Outras	
Solução para limpeza		<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Cobertura primária (Contato direto na lesão)		<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> AGE	
Colágenase Sulfadiazina de Prata Outro:			
Hora do curativo:		<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca:		15.02.16	
Em caso de + de 24hs			
Rimbo e aés. Téc. em Enfermagem		01- <i>Adonis Idi</i>	02- <i>Ricardo</i>
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 05 JUN 2017 </div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 19 MAI 2017 </div>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Genito Seguradora S.A. Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 Sala 4 CEP 69301-410 </div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Genito Seguradora S.A. Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 Sala 4 Bento Gonçalves - RS - CEP 93301-410 </div>	

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Convatec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estes devem ser evoluídos separadamente.



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	RAIMUNDO LEÃO BARRETO		
DIAGNÓSTICO	FX/LUX EXP TNZ		
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA
IDADE		LEITO	216-3
ITEM	PREScrição		
1	DIETA ORAL LIVRE		
2			
3	CEFAZOLINA 1G EV 8/8h		
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12h		
5	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA		
6	PARACETAMOL 500MG VO 6/6h SN		
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT		
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
9	RANITIDINA 50MG EV 12/12h		
10	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12h		
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		
13	CURATIVO DIÁRIO		
14	SSVV + CCGG 8/6 H		
15	METRONIDAZOL 500 MG EV 8/8H		
16			
17			
18			
19			
20	<u>SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#SOLICITADO:

#CONDUTA:

#PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 MAI 2017

Gente Seguradora S.A.
Av. Epitácio Júlio Bozerra, 484 Sula 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUN 2017

Gente Seguradora S.A.
Av. Epitácio Júlio Bozerra, 484 Sula 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	Tc
6 H				
13 H	139x98	60		36,6°
18 H	120x80	72 BPM	18 RPM	36,9 °C
24 H				

Dr. Pedro Di Giovanni
CRM/RR 7615
Residente de Ortopedia
e Traumatologia

PA 150/90
66



Nome: <i>Raimundo</i>		S/163	
DATA: <i>15.02</i>	Localização / Região: <i>M 1 D</i>	DATA: <i>15.02</i>	Localização / Região:
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II		<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input checked="" type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input checked="" type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____	
Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm	Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm	
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input checked="" type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Quantidade de Exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo	
Dor:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perilesional:	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	
Solução para limpeza	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Hora do curativo:	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca:	<i>Diário</i>		
Em caso de + de 24hs	01- <i>Emiliano Dass</i>	02- <i>Emiliano Dass</i>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:	<p>DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT</p> <p>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</p> <p><i>05 JUN 2017</i></p> <p>Gente Seguradora S.A. Av. Capitão João Bortoli, 1000 Sala 4 Belo Horizonte - MG - CEP 30301-410</p>		
OBS:	<p>DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT</p> <p>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</p> <p><i>19 MAR 2017</i></p> <p>Gente Seguradora S.A. Av. Capitão João Bortoli, 1000 Sala 4 Belo Horizonte - MG - CEP 30301-410</p>		

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e CoavaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais feridas, estas devem ser evoluídas separadamente.

216-3

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	RAIMUNDO LEÃO BARRETO		
DIAGNÓSTICO	FX LUX EXP TNZ		
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA
IDADE		LEITO	216-3
ITEM	PRESCRIÇÃO		
1	DIETA ORAL LIVRE		
2			
3	CEFAZOLINA 1G EV 8/8h		
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12h		
5	TENOXICAM 40 MG EV 01 X-DIA		
6	PARACETAMOL 500MG VO 6/6H SN		
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT		
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
9	RANITIDINA 50MG EV 12/12h		
10	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12h		
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		
13	CURATIVO DIÁRIO		
14	SSVV + CCGG 6/6 H		
15	METRONIDAZOL 500 MG EV 8/8H		
16			
17			
18			
19			
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; 2 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:
#SOLICITADO:
#CONDUTA:
#PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA
#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 JUN 2017
Gente Seguradora S.A. Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 Sítio Boa Vista - RR - CEP 69301-410

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 JUN 2017
Gente Seguradora S.A. Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 Sítio Boa Vista - RR - CEP 69301-410

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TX
6 H				
12 H	150/90	69		36.80
18 H	120/80	70	20	37°
24 H	68.7	70	20	37°

Dr. Pedro Di Giovanni
CRM/RR 1615
Residente de Ortopedia
e Traumatologia

Nome: <i>Raimundo dos Sonhos</i>		Localização / Região: <i>mfd</i>		Localização / Região:		
DATA: 16.02.16	<input type="checkbox"/> GRAU - I	<input type="checkbox"/> GRAU - II	<input type="checkbox"/> GRAU - I	<input type="checkbox"/> GRAU - II		
Etiologia:	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:			<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:		
Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm	Largura _____ cm	Profundidade _____ cm	Comprimento _____ cm	Largura _____ cm	Profundidade _____ cm
Aparência do Leito:	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <i>medula vascular</i>			<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara		
Quantidade de Exsudato:	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante			<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		
Tipo de exsudato:	<input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo			<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo		
Dor:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor			<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor		
Condição da pele Perilesional:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras			<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras		
Solução para limpeza:	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:			<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:		
Cobertura primária (Contato direto na lesão):	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input checked="" type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:			<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:		
Hora do curativo:	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde			<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		
Data da Próxima troca:						
Em caso de + de 24hs						
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	<i>Diário</i>			<i>Diário</i>		
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	<i>Raimundo dos Sonhos</i>			<i>Raimundo dos Sonhos</i>		
OBS:						
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT <input type="checkbox"/> CONTEÚDO NÃO VERIFICADO				DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT <input type="checkbox"/> CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		
<i>05 JUN 2017</i> Gente Seguradora S.A. Av. Capitão Julio Pomar, 401 Sala 4 Cuiabá - MT - CEP 69030-410				<i>19 MAI 2017</i> Gente Seguradora S.A. Av. Capitão Julio Pomar, 401 Sala 4 Cuiabá - MT - CEP 69030-410		

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Convatec, Solutions Programs.
 Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.



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



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE RAIMUNDO LEÃO BARRETO

DIAGNÓSTICO FX LUX EXP TN2

ALERGIAS

NEGA

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

216-3

DATA

17/02/2016

ITEM

PREScrição

HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

3 NO

2

3 CEFAZOLINA 1G EV 8/8H

3 NO - 06

4 SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H

5 TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA

6 PARACETAMOL 500MG VO 6/6H SN

7 TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT

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

9 RANITIDINA 50MG EV 12/12H

10 SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H

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

12 SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)

13 CURATIVO DIÁRIO

14 SSVV + CCGG 6/6 H

15 METRONIDAZOL 500 MG EV 8/8H

16

17

18

19

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:
8UI; 351-400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/ML,
GLICOSE 50% 40 ML/EV + AVISAR PLANTONISTA

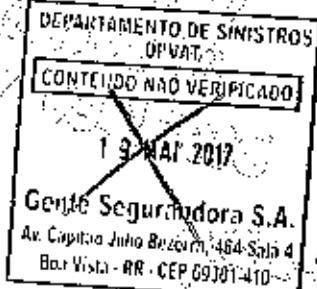
EVOLUÇÃO MÉDICA:

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO



SINAIS VITais	PA	FC	FR	Temp.
6 H				
12 H	135x88	67		36.8
18 H				
24 H	150/115	89		

Dr. Pedro Di Giovanni
CRM/RR/1615
Residente de Ortopedia
e Traumatologia

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		 	
PREScrição MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DI/H	DN
PACIENTE		RAIMUNDO LEAO BARRETO	
DIAGNÓSTICO		FX LUX EXP TNZ	
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA
IDADE		LEITO	216-3
ITEM	PRESCRIÇÃO		
1	DIETA ORAL LIVRE		
2			
3	CEFAZOLINA 1G EV 8/8H		
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H		
5	TENOXICAM 40 MG EV 01X-DIA		
6	PARACETAMOL 500MG VO 6/6H SN		
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8H SE DOR INT		
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
9	RANITIDINA 50MG EV 12/12H		
10	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H		
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 180 E OU PAD > 110 MMHG		
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		
13	CURATIVO DIÁRIO		
14	SSVV + CCGG 6/6 H		
15	METRONIDAZOL 500 MG EV 8/8H		
16			
17			
18			
19			
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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		

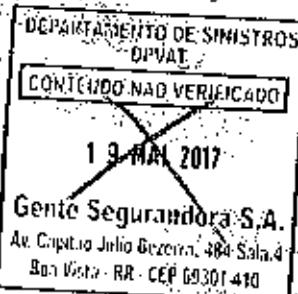
EVOLUÇÃO MÉDICA:

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO



SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TOX	
6 H					
12 H	140x80	63		36.	
18 H	130x80	72		36.1	
24 H	130x80	65		36.5C	

Dr. Pedro Di Giovanni
CRM/RR 1615
Residente de Ortopedia
e Traumatologia



ENF/LEITO: 216-3

Nome: <i>Raimundo Reis Barreto</i>			
DATA: 18.09.16		Localização / Região: <i>M 2 D</i>	Localização / Região:
<input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II			
Etiologia <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:		<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:	
Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm		Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm	
Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input checked="" type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input checked="" type="checkbox"/> Escara	
Quantidade de Exsudato: <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo		<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	
Dor: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perilesional: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	
Solução para limpeza: <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorhexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorhexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorhexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorhexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Cobertura primária (Contato direto na lesão): <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Hora do curativo: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs: <i>Diária</i>			
Impô e ass. em Enfermagem: <i>01- Enferm S. 02- S. M. L. S. S.</i>			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>19/05/2017</i>			
OBS: <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO </div> <i>05 JUN 2017</i>		OBS: <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO </div> <i>19 MAI 2017</i>	
<i>Gente Seguradora S.A.</i> <i>Av Capitão Julio Bezerra, 433 Sala 4</i> <i>Boa Vista - RR - CEP 03301-410</i>		<i>Gente Seguradora S.A.</i> <i>Av Capitão Julio Bezerra, 433 Sala 4</i> <i>Boa Vista - RR - CEP 03301-410</i>	

OBS: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Chrysafer Solutions Programa.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.



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



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE RAJMUNDO LEÃO BARRETO

DIAGNÓSTICO FX LUX EXP TNZ

ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	216-3	DATA	19/02/2016
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				END
2					
3	CEFAZOLINA 1G EV 8/8H				14:3006
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H				SP
5	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA				26
6	PARACETAMOL 500MG VO 6/6H SN				
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT				SP
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
9	RANITIDINA 50MG EV 12/12H				
10	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
15	METRONIDAZOL 500 MG EV 8/8H				
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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				

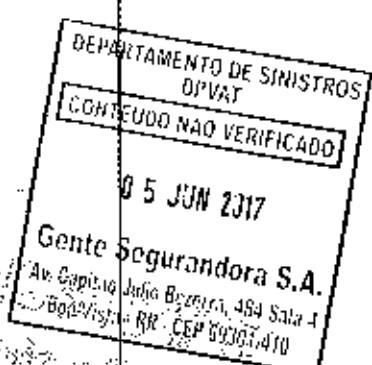
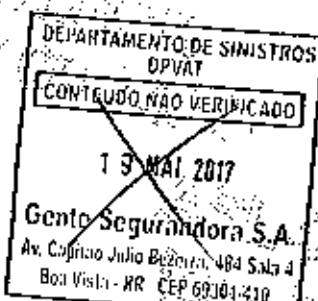
EVOLUÇÃO MÉDICA:

#SOLICITADO:

#CONDUTA:

#PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO



SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	T
6 H	120x80	62	—	76,1
12 H	534 x 102	67	—	76
18 H	120x90	80	—	76,5
24 H	60x70	71	—	76,4

Dr. Pedro-Di Giovanni
CRM/RR 1615
Residente de Ortopedia
e Traumatologia

UNIDADE:

NOME: Palmeiro Díaz Costa

IDADE: 47a

REGISTRO:

BLOCO:

ENFERMARIA: 216

LEITO: 3

UTI:

EMERGÊNCIA:

DE:

Otorrino

PARA: Cardiologo

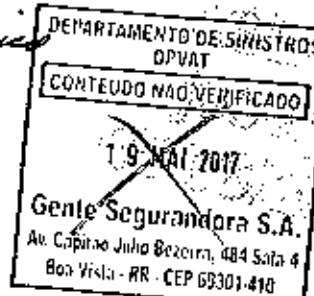
Dados Clínicos:

Painel com fatura de CN 2.

Calorico vivo amarelo

Jejum 12h

data!



Dr. Pedro B. Góes

Médico

14/02/16

Data

43aos

tempo: Entopred

peso: 60kgs cintura 100

peito: 100

abdome: 100

lado: 100

l



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

HGR



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE RAIMUNDO LEÃO BARRETO

DIAGNÓSTICO FX LUX EXP TNZ

ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA	HORÁRIO
IDADE		LEITO	216-3	DATA	20/02/2016	
ITEM			PREScrição			
1	DIETA ORAL LIVRE					SN.
2						
3	CEFAZOLINA 1G EV 8/8H					14.202.06.
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXÔNA 1G EV 12/12H					
5	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA					
6	PARACETAMOL 500MG VO 6/6H SN					10.
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8H SE DOR INT					
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					18.
9	RANITIDINA 50MG EV 12/12H					
10	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H					
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					
13	CURATIVO DIÁRIO					
14	SSW + CCGG 6/6 H					M.
15	METRONIDAZOL 500 MG EV 8/8H					
16						
17						
18						
19						
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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					

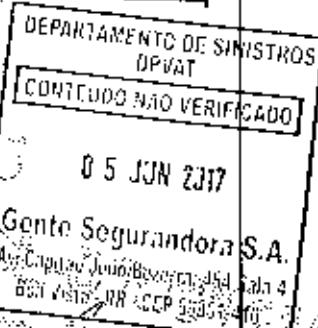
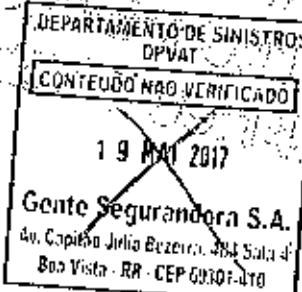
EVOLUÇÃO MÉDICA:

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO



SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TR
6 H				
12 H	120/80	65		36°
18 H	130/90	75		36°
24 H				

Dr. Pedro Di Giovanni
CRM/RR 1615
Residente de Ortopedia
e Traumatologia



ENF/LEITO: 216-3

Nome: <i>Raimundo Leal Barreto</i>			
DATA: 20/02/16		Localização / Região: <i>pe</i>	Localização / Região: <i>pe</i>
<input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II			
Etiologia		<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra	
Tamanho da Ferida:		Comprimento _____ cm	Largura _____ cm
Profundidade _____ cm			
Aparência do Leito:		<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato		<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato:		<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo	
Dor:		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Odor:		<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perilesional:		<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____	
Solução para limpeza		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Cobertura primária (Contato direto na lesão)		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Collagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input checked="" type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Hora do curativo:		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca:		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
E _____ so de + de 24hs		<i>Manhã</i>	
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem		01: <i>Emilia</i>	02: <i>Grazi / Helo</i>
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:			

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT	
<input type="checkbox"/> CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
05-JUN-2017	
Gente Seguradora S.A. Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 Sala 2 Bela Vista - RR - CEP 69001-040	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT	
<input type="checkbox"/> CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
19-MAR-2017	
Gente Seguradora S.A. Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 Sala 2 Bela Vista - RR - CEP 69001-040	

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Convatec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

Nome: <i>Raimundo Leão Barreto</i>		Localização / Região	
DATA: 21.02.16		<input type="checkbox"/> GRAU - I X 3	<input type="checkbox"/> GRAU - II
Etiologia		<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra:	
Tamanho da Ferida:		Comprimento _____ cm	Largura _____ cm
Aparência do Leito:		<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato:		<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato:		<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	
Dor:		<input type="checkbox"/> Sim <i>21.02.16</i> <input type="checkbox"/> Não	
Odor:		<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perilesional:		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras <i>edema leve</i>	
Solução para limpeza		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Cobertura primária (Contato direto na lesão)		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Hora do curativo:		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca:		22.02.16	
Em caso de + de 24hs			
Primo e ass. rec. em Enfermagem		01- <i>Ensilvana</i>	02- <i>Ademilda Carla Ramalho</i>
Assinatura do Enfermeiro			
OBS:		OBS:	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTENDO NÃO VERIFICADO </div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTENDO NÃO VERIFICADO </div>	
05 JUN 2017		19 JUL 2017	
<i>Gente Seguradora S.A.</i> <i>Av. Capitão Julio Bechara, 484 Sala 4</i> <i>Porto Velho - RO - CEP 69010-410</i>		<i>Gente Seguradora S.A.</i> <i>Av. Capitão Julio Bechara, 484 Sala 4</i> <i>Porto Velho - RO - CEP 69010-410</i>	

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Convatec, Solutions Programs.
 Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.



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

HGR

DATA DE ADMISSÃO

DH

DN

PACIENTE RAIMUNDO LEÃO BARRETO

AGNOSTIK FX LUX EXP TNZ

ALERGIAS

NEGA

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

216-3

DATA

22/02/2016

PREScrição

HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

5/10

2 SF 0,9% 500 ML EV EM 24 HS

10

3 CEFAZOLINA 1G EV 8/8 HS

10

4 SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H

17/20/6

5 TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA

10

6 DIPIRONA 01G EV 6/6H

SUSP

7 TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT

12/18/20

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

LSN

9 SE FALTAR ITEM 10 REALIZAR OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA E

9

10 RANITIDINA 50MG EV 1X/DIA

10

11 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 180 E OU PAD > 110 MMHG

10

12 SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)

10

13 CURATIVO DIÁRIO

10

14 SSW + CCGG 6/6 H

10

15 CLEXANE 40 MG SC 01 X DIA

10

16 MERTRONIDAZOL 500MG EV DE 8/8 HS

SUSP

17

10

18

10

19

10

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:
6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 D/L/ML,
GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 MAI 2017

Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUN 2017

Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

SINAIS VÍT	PA	FC	FR	T
6 H	150/90	67	—	36,5°C
12 H	150X95	67	—	36,5°C
18 H	120X80	77	—	36,4°C
24 H	140X90	64	—	36,6°C

Dr. Pedro Di Giovanni
CRM/RR 1615
Residente de Ortopedia
e Traumatologia



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



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE: RAIMUNDO LEAO BARRETO

AGNOSTICO: FX LUX EXP. TNZ

ALERGIAS

NEGA

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

216-3

DATA

23/02/2016

PREScrição

HORÁRIO

1. DIETA ORAL LIVRE
2. SF 0,9% 500 ML EV EM 24 HS
3. CEFAZOLINA 1G EV 8/8 HS
4. SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H
5. TENOXICAM 40 MG EV 01X.DIA
6. DIPIRONA 01G EV 6/6H
7. TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP. VO. DE 8/8H SE DOR INT
8. PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)
9. SE FALTAR ITEM 10 REALIZAR OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA E
10. RANITIDINA 50MG EV 1X/DIA
11. CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG
12. SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)
13. CURATIVO DIÁRIO
14. SSVV + CCGG 6/6H
15. CLEXANE 40 MG SC 01X.DIA
16. MERTRONIDAZOL 500MG EV DE 8/8 HS
- 17.
- 18.
- 19.
20. SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:

#SOLICITADO:

#CONDUTA:

#PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 MAR 2017

Gente Seguradora S.A.

Av. Capitão Juônio Bezerra, 384 S/nº 4
Bon Vista - RR - CEP 69301-410

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUN 2017

Gente Seguradora S.A.

Av. Capitão Juônio Bezerra, 384 S/nº 4
Bon Vista - RR - CEP 69301-410

SINAIS VÍ	PA	FC	FR
6 H	13/90		
12 H	13/90	70	28
18 H	543 x 68	65	35,3 °C
24 H	1300x70	72	

Dr. Pedro Di Giovanni
CRM/RR 1525
Residente de Ortopedia
e Traumatologia



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

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE RAIMUNDO LEÃO BARRETO			
AGNÓSTICO: FX LUX EXP. TNZ			
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA
IDADE	17	LEITO	216-3
ITEM	PREScrição		
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	SF 0,9% 500 ML EV EM 24 HS		
3	CEFAZOLINA 1G EV 8/8 HS		
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H		
5	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA		
6	DIPIRONA 01G EV 6/6H		
7	TRAMAL 100MG + SE 0,5% EV OU 01 CÍP VO DE 30ML SE DOK IN		
8	PLASIL 10 mg EV 8/8H (S/N)		
9	SE FALTAR ITEM 10 REALIZAR OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA		
10	RANITIDINA 50MG EV 1X/DIA		
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H (S/N)		
13	CURATIVO DIÁRIO		
14	SSVV + CCG 6/6 H		
15	CLEXANE 40 MG SC 01 X DIA		
16	MEIRTRONIDAZOL 500MG EV DE 8/8 HS		
17			
18			
19			
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 5UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DM/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

II SOLICITADO:

II CONDUITA:

II PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

II PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTENDO NÃO VERIFICADO

19 MAI 2017

Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69010-410

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTENDO NÃO VERIFICADO

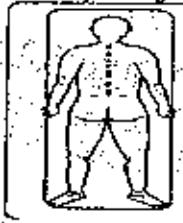
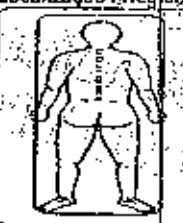
05 JUN 2017

Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Julio Bezerra, 484
Boa Vista - RR - CEP 69010-410

SINAIS V	PA	FC	FR
6 H	120/80	62	36
12 H	132/93	79	36
18 H	128/88	68	36
24 H	120/89	74	36

Dr. Pedro L. G. Lovatini
CRM/RN: 1375
Residente de Ortopedia
e Traumatologia



Nome: Raimundo Nélio Ganto		Localização / Região: M 20		Localização / Região:																																																																																																																													
DATA: 04/02	<input type="checkbox"/> GRAU - I	<input type="checkbox"/> GRAU - II	<input type="checkbox"/> GRAU - I	<input type="checkbox"/> GRAU - II																																																																																																																													
 		 		Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra:			<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra:			Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm	Largura _____ cm	Profundidade _____ cm	Comprimento _____ cm	Largura _____ cm	Profundidade _____ cm	Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico			<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Escara			Quantidade de Exsudato:	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante			<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante			Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Séroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo			<input type="checkbox"/> Séroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo			Dor:	Sim _____ <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim _____ <input type="checkbox"/> Não			Odo:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito			<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito			Condição da pele	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor			<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor			Perilesional:	<input type="checkbox"/> Próximo <input type="checkbox"/> Outras _____			<input type="checkbox"/> Próximo <input type="checkbox"/> Outras _____			Solução para limpeza:	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Outro: _____			<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Outro: _____			Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE			<input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outro: _____			Horas do curativo:	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde			<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde			Data da Próxima troca:	Dírio						Em caso de + de 24hs:	01- Raimundo			02- PC			Carimbo e assinatura do Enfermeiro							OBS:	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO			DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO				05 JUN 2017			13 MAR 2017				Gente Seguradora S.A. Av. Capitão Dário Bechara, 384 Sala 4 Belo Horizonte - MG - CEP 30301-310			Gente Seguradora S.A. Av. Capitão Dário Bechara, 384 Sala 4 Belo Horizonte - MG - CEP 30301-310		
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra:			<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra:																																																																																																																													
Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm	Largura _____ cm	Profundidade _____ cm	Comprimento _____ cm	Largura _____ cm	Profundidade _____ cm																																																																																																																											
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico			<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Escara																																																																																																																													
Quantidade de Exsudato:	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante			<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante																																																																																																																													
Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Séroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo			<input type="checkbox"/> Séroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo																																																																																																																													
Dor:	Sim _____ <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim _____ <input type="checkbox"/> Não																																																																																																																													
Odo:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito			<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito																																																																																																																													
Condição da pele	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor			<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor																																																																																																																													
Perilesional:	<input type="checkbox"/> Próximo <input type="checkbox"/> Outras _____			<input type="checkbox"/> Próximo <input type="checkbox"/> Outras _____																																																																																																																													
Solução para limpeza:	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Outro: _____			<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Outro: _____																																																																																																																													
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE			<input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outro: _____																																																																																																																													
Horas do curativo:	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde			<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde																																																																																																																													
Data da Próxima troca:	Dírio																																																																																																																																
Em caso de + de 24hs:	01- Raimundo			02- PC																																																																																																																													
Carimbo e assinatura do Enfermeiro																																																																																																																																	
OBS:	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO			DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO																																																																																																																													
	05 JUN 2017			13 MAR 2017																																																																																																																													
	Gente Seguradora S.A. Av. Capitão Dário Bechara, 384 Sala 4 Belo Horizonte - MG - CEP 30301-310			Gente Seguradora S.A. Av. Capitão Dário Bechara, 384 Sala 4 Belo Horizonte - MG - CEP 30301-310																																																																																																																													

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Convatec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE		RAJMUNDO LEAO BARRETO	
AGNOSTICO		FX LUX. EXP TNZ.	
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA
IDADE	37 ANOS	LEITO	216-3
ITEM	/PRESCRIÇÃO		
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	SF 0,9% 500 ML EV EM 24 HS		
3	CEFAZOLINA 1G EV 8/8 HS		
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H		
5	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA		
6	DIPIRONA 01G EV 6/6H		
7	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8H SE DOR INT		
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
9	SE FALTAR ITEM 10 REALIZAR OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA E		
10	RANITIDINA 50MG EV 1X/DIA		
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		
13	CURATIVO DIÁRIO		
14	SSVV + CCGG 6/6 H		
15	CLEXANE 40 MG SG 01 X DIA		
16	MERTRONIDAZOL 500MG EV DE 8/8 HS		
17			
18			
19			
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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		

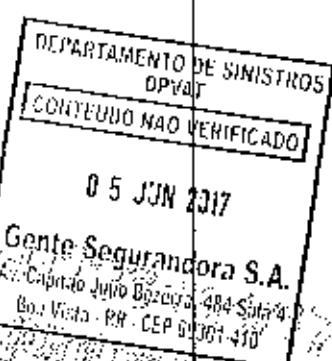
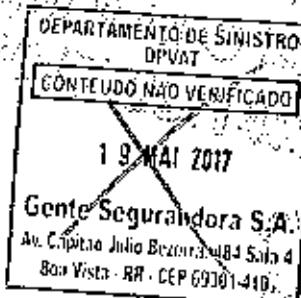
EVOLUÇÃO MÉDICA:

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO



SINAIS	PA	FC	FR	R
6 H				
12 H	160X80	69	-	36,5
18 H	140X80	85	14	36,8°C
24 H	140/90	62	-	36,4°C

Dr. Pedro D'Andrea
CRM/RR 1015
Residente de Ortopedia
e Traumatologia



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1	Versão:06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
Atualizada: Janeiro / 2015		
ENF/LEITO: 216.3		

Nome: <i>Raimundo de Barros</i>			
DATA: <i>26.02.16</i> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II <i>X3</i>	Localização / Região  	DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região  
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:		
Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm	Largura: _____ cm	Profundidade _____ cm
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Tecido necrótico		
Quantidade de Exsudato:	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		
Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo		
Dor:	<input type="checkbox"/> Sim <i>→</i> <input type="checkbox"/> Não		
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> Sem odor		
Condição da pele Perifisional:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input checked="" type="checkbox"/> Outras <i>equimose</i>		
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE		
Hora do curativo:	<input type="checkbox"/> Manhã <i>→</i> <input type="checkbox"/> Tarde		
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	<i>27.02.16</i>		
Carimbo e ass. F. em Enfermagem	01- <i>Carla Soares</i>	02- <i>Adailde</i>	01- <i>Carla Soares</i>
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:			
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		OBS: DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
<i>05 JUN-2017</i> Gente Seguradora S.A. Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 Sala 4 Boa Vista - RR - CEP 69301-410		<i>19 MAI-2017</i> Gente Seguradora S.A. Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 Sala 4 Boa Vista - RR - CEP 69301-410	

Obs: Documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e desenvolvido pela Neo Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais feridas, estas devem ser evoluídas separadamente.

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

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE RAIMUNDO LEAO BARRETO

AGNÓSTICO FX LUX EXP TNZ

ALÉRGIAS

NEGA

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

216-3

DATA

27/02/2016

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

SND

2

SF 0,9% 500 ML EV EM 24 HS

H

3

CEFAZOLINA 1G EV 8/8 HS

16:26:08

4

SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H

5

TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA

SUSP

6

DIPIRONA 01G EV 6/6H

10:18:24:08

7

TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT

SN

8

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

9

SE FALTAR ITEM 10 REALIZAR OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA E

00:00:00

10

RANITIDINA 50MG EV 1X/DIA

11

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

00:00:00

12

SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)

13

CURATIVO DIÁRIO

m

14

SSVV + CCGG 6/6 H

00:00:00

15

CLEXANE 40 MG-SC 01 X DIA

POLYLON

16

MERTIRONIDAZOL 500MG EV DE 8/8 HS

SUSP

17

11:12:08

18

00:00:00

19

00:00:00

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),

CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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

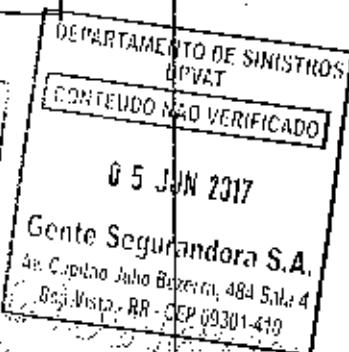
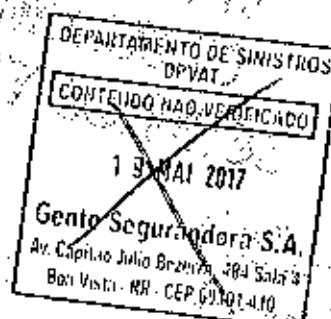
EVOLUÇÃO MÉDICA:

II SOLICITADO:

II CONDUTA:

II PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

II PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO



SINAIS VÍ	PA	FC	FR	
6 H				
12 H	129 (77)	73		36,6
18 H				
24 H				

Dr. Pedro Di Giovanni
CRM/RR 1615
Residente em Ortopedia
e Traumatologia

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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

585

PACIENTE RAMOS Leão Bonfim DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 10/02/16 ANOS, 43, COM DIAGNÓSTICO DE FRACTURA EXPONDE DE FEMUR SENDO OPERADO PELO DR. JESUS AGUIAR E DR. CRISTIANO DA Q RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 29/02/16 AS 07:30h, EM BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS. COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL CORONEL MOTA NO DIA 08/03/16, AS 07:30h, COM DR. JESUS AGUIAR

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 O (UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA

GIENTE RECEBE ALTA NO DIA 29/02/16 AS 07:30h DR. HECIMARIDE
Médico Ortopedia e Traumatologia
Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Júlio Barreto, 484 Centro
Bei Vista - RR - CEP 69301-410



GOVERNO DO RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

REFERENCES

NAME: RAJHURAO LAL BAWAL

Labrador

Paciente que sofreu acidente

o d. Ozjolka, operatorka!

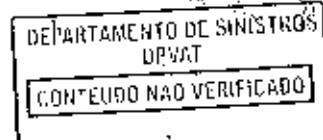
Two future exports. *Leptosphaeria* and *Botryotinia*

Toronto 21st.

At the bottom we find the following:

Tempo aproxi. da dotação
de 1rei ativid. duraç. de 30 (Trunc.)

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinto, 836 - Centro- Bauru-SP
CEP: 17.301-150 - CNPJ: 84.013.408/0001-98
Telefone: 2121-7474



05 JUN 2017

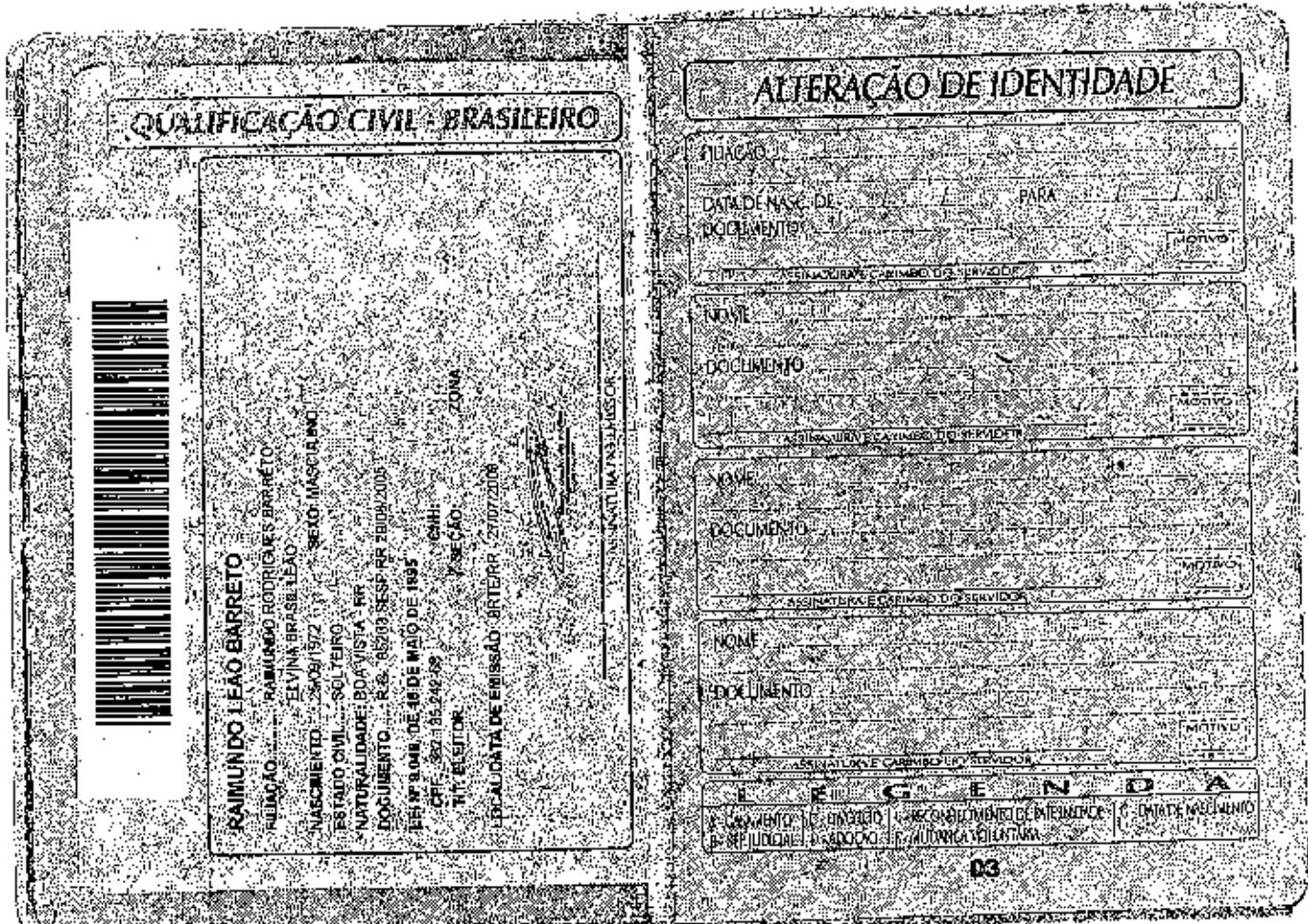
Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4
Bom Vista - RR - CEP 69301-410

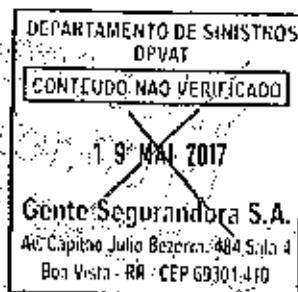
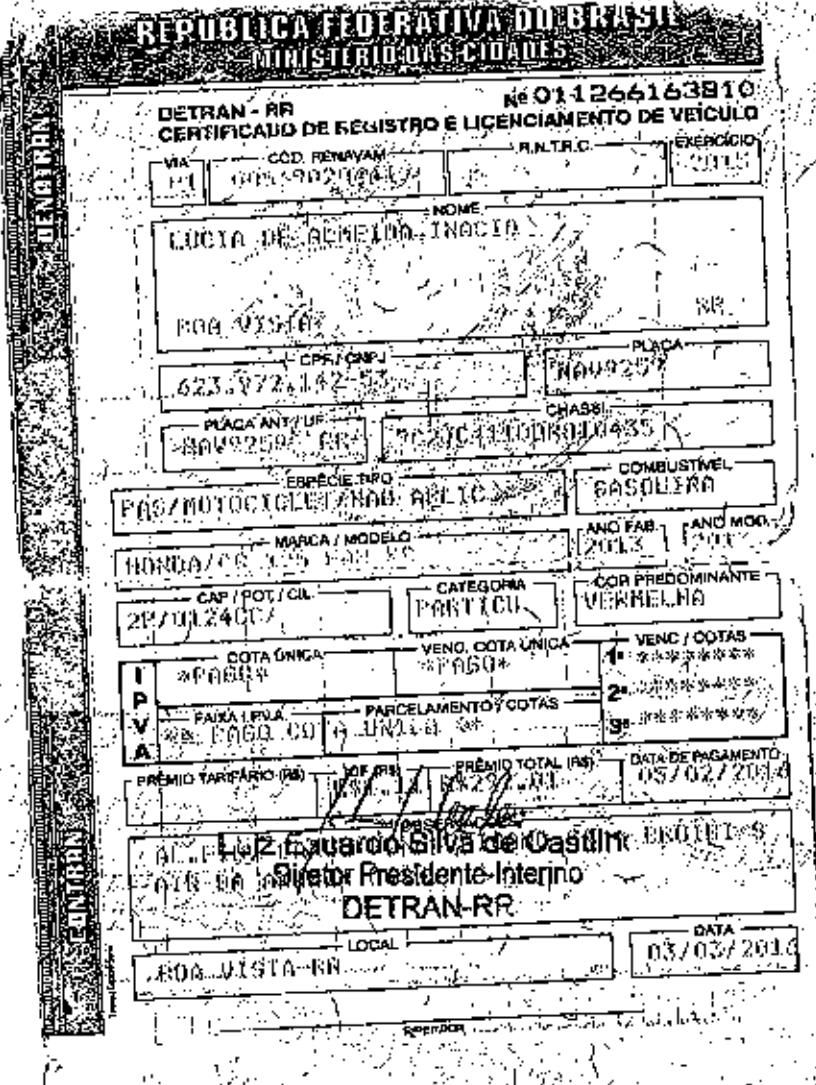
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 MAI 2017

Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4
Bom Vista - RR - CEP 69301-410





PROCURAÇÃO PARTICULAR



OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: Ramires Léo Barreto Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Casado
Profissão: Pescador Identidade: 85.203 CPF: 382.135/242-68
Endereço: R. Ramires A. Cavalcant Bairro: Capinzada
Cidade: Rio Vista CEP: 69.300-430

OUTORGADO (Procurador)

Nome: Thiara Helena Fracalossi de Melo
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Casada
Profissão: Corretora
Identidade: 488049 CPF: 421.026-772-49
Endereço: R: Antônio Augusto Martins, 343 Bairro: João Francisco
Cidade: Belo Horizonte CEP: 69.305-270

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representante perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou perante qualquer Seguradora conveniada ao Seguro DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT. Atento, entendo que esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Local e data;

Boa Vista, 10 de

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
05 JUN 2017
Gente Soguemora S.A.
Av. Capitão Julio Bertram, 284 Sala 4
Barra Velha - RR - CEP 89101-410

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

Reconhecer firma da assinatura em cartó

CARTÓRIO LOUREIRO		DR. JOSELOLOUREIRO, TABAJARA E PARISTADOURA AVENIDA VELHA ROMA, Nº 590 - CENTRO - GUARUJA-SP TEL: (12) 5241-0007
<p>RECONHECO VERDADEIRA a(s) assinatura(s) FABRÍCIA FERREIRA DA MUNDO - LEAO BARRETO</p> <p>VSDS. Em testemunho <u>Y</u> de verdade Boa Vista, 10 de Junho de 2016. Custas: 1,55. <u>S. Rocha</u> MARIA DE JESUS DE SOUZA ROCHA <u>RECENTE ALTAZINADA</u></p>		

PROCURAÇÃO PARTICULAR



OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: Raimundo Léo Barreto
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Casado
Profissão: Pescador
Identidade: 85 203 CPF: 382.135.242-68
Endereço: R: Raimundo A. Covancourt Bairro: Apaeçida
Cidade: Bon Vista CEP: 69.300-430

OUTORGADO (Procurador)

Nome: Ánia Helena Fracalossi de Melo
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Casada
Profissão: Comitiva
Identidade: 48 8049 CPF: 421.026.732-59
Endereço: R: Antônio Augusto Martinho, 343 Bairro: João Francisco
Cidade: Bon Vista CEP: 69.303-270

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representante perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou perante qualquer Seguradora conveniada ao Seguro DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a Seguradora Líder dos consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar o sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato.

Local e data:

Bon Vista 10 de Junho de 2.016

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

CARTÓRIO LOUREIRO DR. JOAQUIM LOUREIRO TABELOUARÉGISTRAÇÃO
AVENIDA VILÉS BOY, N° 3833 CENTRO MARAVILLE - R. P. C.
TEL: (55) 26.24.6077

RECONHECO VERDADEIRA A(s) assinatura(s)
(ART 1º G.L) - RAIMUNDO LÉO BARRETO

VSDS Em testemunho _____ da verdade.
Bon Vista, 10 de Junho de 2016 Custas: 1,55
MARIA DE JESUS DE SOUZA ROCHA S. Rocha

Reconhecer firma da assinatura em cartório

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170422558 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO LEAO BARRETO **Data do acidente:** 10/02/2016 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA EM TIBIA E FÍBULA DISTAL COM LUXAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO

Descrição do exame médico pericial: TORNOZELO DIREITO: LIMITAÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO PARA FLEXÃO, EXTENSÃO, INVERSÃO E EVERSAO, ESTABILIDADE PRESERVADA, TESTES DE ROTAÇÃO SEM ANORMALIDADES, ARTICULAÇÕES METATARSOFALANGEANAS, TROFISMO PRESERVADO E AUSÊNCIA DE CALOSIDADES PLANTARES.

Resultados terapêuticos: VITIMA SOFREU FRATURA EXPOSTA EM TIBIA E FÍBULA DISTAL COM LUXAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM LIMPEZA E USO DE FIO DE KIRSCHNER EM FÍBULA DISTAL.

Sequelas permanentes: TORNOZELO DIREITO COM RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO PARA FLEXÃO, EXTENSÃO, INVERSÃO E EVERSAO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 31/08/2017

Conduta mantida:

Observações: CONFORME A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO HÁ LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU MODERADO EM TORNOZELO DIREITO

Médico examinador: ROGER MALACARNE CALEFFI

CRM do médico: 1483

UF do CRM do médico: RR

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

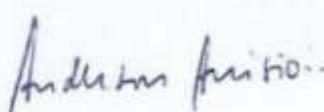
AVC PERÍCIAS MÉDICAS LTDA

Médico revisor: Anderson Anisio

CRM do médico: 52.25458-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



LAUDO DE VERIFICAÇÃO E QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do Examinado(a): RAIMUNDO LEAO BARRETO

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Raimundo Aciole Cavalcante 164 Nossa Senhora Aparecida

Identificação - Orgão Emissor /UF/ Número: 382.135.242-68

Data e local do exame: BOA VISTA/RR, 31/08/2017

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s):

Fratura exposta de tibia e fíbula distal, com luxação do tornozelo direito. Apresenta abaulamento em maléolo medial. Movimentos de flexão, extensão e pronosupinação com redução moderada da amplitude. Estabilidade preservada. Testes de rotação sem anormalidades. Articulações metatarsofalângicas sem hipertrofias ou calosidades plantares. Estabilidade preservada. Movimentos musculares com e sem resistência preservados.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? ()Sim ()Não

* Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V *), se necessário.

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? ()Sim ()Não

* Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V*).

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

Realizado tratamento cirúrgico no dia 10/02/2016 com limpeza em centro cirúrgico e utilização de fio de Kirschner em fíbula distal.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? ()Sim ()Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Apresenta abaulamento em maléolo medial. Movimentos de flexão, extensão e pronosupinação com redução moderada da amplitude.

* Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o cano permanente no item IV opções "b"

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal (Sequela): Tornozelo direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações *.

() Total = "100% da IS"

V. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal:



Dr. Roger M. Caleffi
Médico
CRM-RR 1483

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

ROGER MALACARNE CALEFFI - Registro no CRM: 1483 - RR