

---

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 FRACALLOSSI 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](http://www.seguradoralider.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início 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 nº: 11643998

A/C: RAIMUNDO LEAO BARRETO

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

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: **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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZ



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 RREM 29/08/05 ECPF 372135242-08 / CNPJ 000000000-00000-00 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 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 SOCIAL ou Salário 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 POUANÇA 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](http://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 imagens digitalizadas/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 \_\_\_\_\_ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

N° da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

Gente Seguradora S.A.

Av. Capitão João Bezerra, 464 Sala 4

Boa Vista - RR - CEP 69301-410

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, 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.

BOA VISTA, 10 de MAIO 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA Loterias CAIXA Loterias CAIXA Loterias

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0181  
OUVIDORIA 0800 725 7474

236-758801591-9

23/AGO/2016

HORA DE 15:20:19

LOT: 33.18969-7

TERM: 046756

LOCALIDADE: BOA VISTA

AG. VINCULADA: 0653

CONTROLE: 545175908

DEPOSITO EM DINHEIRO

3588 013 00005014-6

RAIMUNDO LEAD BARRETO

VALOR

ESTE RECIBO É VALIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPOSITO

236-758801591-9

13 VIA

CAIXA Loterias CAIXA Loterias CAIXA Loterias

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO  
05 JUN 2017  
Gente Seguradora S.A.  
Av. General Julio Bazzera, 484 Sala 4  
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO  
19 MAI 2017  
Gente Seguradora S.A.  
Av. Capitao Julio Bazzera, 484 Sala 4  
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

Tania Helena  
(95) 99139-8405  
3224-6579



0014

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 BARRETO

PORTADOR(A) DO RG Nº 85203

EXPEDIDO POR SSP/RR

EM 29/08/05 E

CPF 382135292-68 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO PESCADOR

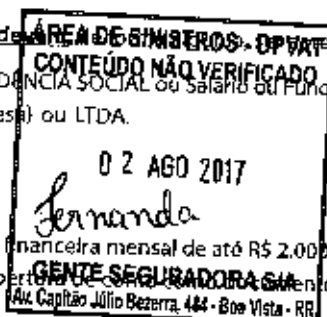
E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSA (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA RAIMUNDO LEAO BARRETO, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

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 conta em andamento com comprovatório 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](http://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.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

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-G

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.

BOA VISTA, 20 de JULHO de 2017  
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

*Fernando Leao Barreto*

**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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA Loterias

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC: 0800-726-0101  
 OUVICORIA: 0800-725-7474

236-758801591-9

23/AGO/2016 HORA DE: 15:20:19

LOT: 133-18969-7 TERM: 046750

LOCALIDADE: BOA VISTA  
 ASS. VINCULADA: 0663 CONTROLE: 545175908

DEPOSITO EM DINHEIRO

3588 013 00025014-6

RAIMUNDO LEAO BARRETO

VALOR: R\$ 24

ESTE RECIBO E VALIDO COMO  
 COMPROVANTE DE DEPOSITO

236-758801591-9

1ª VIA

CAIXA Loterias

(95) 99139-8405  
 3224-6579

**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. Cavalcant, 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 **N° 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 PILOTAVA A MOTOCICLETA HONDA/CG 125 FAN KS, CHASSI 9C2JC41100DR810435, PLACA NAV9259, COR VERMELHA, ANO 2013 DE PROPRIEDADE DE LUCIA DE ALMEIDA INACIO. QUANDO NA REFERIDA RUA, BAIRRO SENTIDO CENTRO, UM VEICULO INVADIU A PREFERENCIAL BATENDO EM SUA MOTOCICLETA. O MESMO NÃO CONSEGUIU DESVIAR, VINDO A CAIR. O VEICULO 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.

*Raimundo Leão Barreto*  
**Comunicante**

Declaro para os devidos fins, de direito que sou o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-denúnciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 JUN 2017

Gente Seguradora S.A.

Av. Capitão João Bezerra, 484 Sala 4

Boa Vista - RR - CEP 69301-410

**DE ORDEN DO DELEGADO  
RECEBIMENTO E CONFERÊNCIA**

18 OUT. 2016

*[Assinatura]*  
**AGENTE DE POLICIA**

- RG E CPF
- CNH
- CRLV
- PRONTUARIO MEDICO

**DOCUMENTOS ANEXOS**

- ROPIM OU BATIPR
- FICHA DO SAMU OU RESGATE
- COMPROVANTE DE ENDEREÇO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

19 MAI 2017

Gente Seguradora S.A.

Av. Capitão João 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 09:58  
Origem: Polícia Judiciária Data: 18/07/2017  
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

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



DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

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

Local do Fato

Município: Boa Vista

Logradouro: RUA BACABEIRA

Bairro: Paraviana

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome: RAIMUNDO LEÃO BARRETO (COMUNICANTE)

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) (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 AGO 2017

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

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhonete

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Nome Envolvido

Envolvimentos

(Desconhecido 1)

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

Envolvimentos

Raimundo Leão Barreto

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 tomizelo 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

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

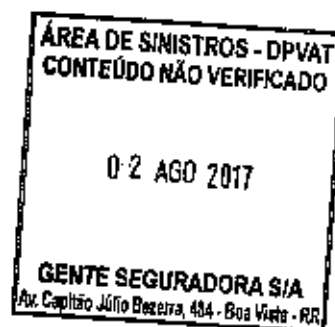


COMUNICANTE NÃO É HABILITADO. É O RELATO

## ASSINATURAS

  
Maria Selma Melo de Almeida  
Responsável pelo Atendimento  
Raimundo Leão Barreto  
Comunicante

Omitido para os dados (ou de meios que sou o(a) denunciante) responsáveis pelas informações acima apresentadas e gentile que poderá responder por o compromisso pela veracidade declarado que del'origem, conforme previsto nos Artigos 338 Denúncia Caluniosa e 349 Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Documento de Identificação



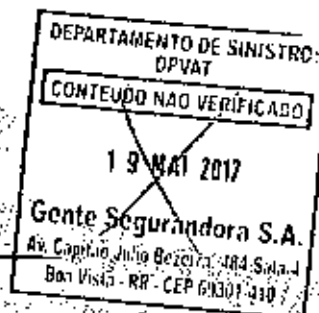
Eu, Raimundo Leão Barreto, portador da carteira de identidade nº 85203 e inscrito no CPF/MF sob o nº 382.135.242-68 residente e domiciliado na R. Raimundo A. Cavalcant Cidade Bom Vista Estado Roraima declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - 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.

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação



Local e data

Bom Vista, 10/05/17

## FICHA DE ATENDIMENTO



192

Unidade:

Equipe:

Paciente:

Endereço:

Idex:

Nº:

DATA:

HORA:

Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM:

MOTIVO:

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

## MECANISMO DE TRAUMA

## AUTOMÓVEL

Cinto: [ ] SIM [X] NÃO

Vítima: [ ] projetada [X] encarcerada

Air Bag: [ ] SIM [X] NÃO

Motorista: [ ] motorista [X] passageiro

Passageiro: [ ] dianteiro [X] traseiro

[ ] Capotamento

[ ] Atropelamento

[ ] Colisão

## MOTO:

[X] Condutor

[ ] Carona

Capacete: [X] SIM [ ] NÃO

[ ] queda

[ ] Atropelamento

[X] Colisão

[ ] Colisão

[ ] Colisão

[ ] Colisão

[ ] Colisão

[ ] Colisão

[ ] Colisão

[ ] Colisão

[ ] Colisão

[ ] Colisão

[ ] Colisão

[ ] Colisão

[ ] Colisão

[ ] Colisão

[ ] Colisão

[ ] Colisão

[ ] Colisão

[ ] Colisão

[ ] Colisão

[ ] Colisão

[ ] Colisão

[ ] Colisão

[ ] Colisão

[ ] Colisão

[ ] Colisão

[ ] Colisão

[ ] Colisão

[ ] Colisão

[ ] Colisão

[ ] Colisão

[ ] Colisão

[ ] Colisão

[ ] Colisão

[ ] Colisão

[ ] Colisão

[ ] Colisão

[ ] Colisão

[ ] Colisão

[ ] Colisão

[ ] Colisão

[ ] Colisão

[ ] Colisão

[ ] Colisão

[ ] Colisão

[ ] Colisão

[ ] Colisão

[ ] Colisão

[ ] Colisão

[ ] Colisão

[ ] Colisão

## VIOLÊNCIA

[ ] FAB

[ ] PAF

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

## OUTROS

[ ] Ac. De Trabalho [ ] Local [ ] Trajeto

[ ] Queda, Altura aprox.:

[ ] Acidente Doméstico

[ ] Queimadura Agente

[ ] Agressão p/ animal

[ ] Outros:

## AVALIAÇÃO INICIAL

## Vias Aéreas

[ ] Dispneia

[ ] Bradipneia

[ ] Taquipneia

[ ] Resp. Ruidosa

[ ] Obstrução

[ ] Apnéia

[ ] Outro:

## Ventilação

[ ] M.V. Diminuído

[ ] M.V. Ausente

[ ] Hipertimpanismo

[ ] Maciez

[ ] Ferida Aspirativa

## Circulação

[ ] Bradicárdico

[ ] Taquicárdico

[ ] Arritmico

[ ] Enchimento capilar acima da 2°

[ ] Ausente

## Aval. Neurológica

[ ] AVDN

[ ] Mioses

[ ] Midríase

[ ] Anisocoria

[ ] Otorrêa

[ ] Hemorragia

[ ] Rinite

[ ] Apontamento desviado

[ ] Outros:

## SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora

P.A. mmHg

F.C. bpm

F.R. bpm

Sat O<sub>2</sub> %

T. Aux. °C

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

APGAR

Início

Fim

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

19 MAI 2017

Gente Seguradora S.A.

## AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

## Cabeça

[ ] Contusão

[ ] Escoriações

[ ] Lacerações

[ ] Hematomas

[ ] Alundamento

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

## Cabeça

[ ] Contusão

[ ] Escoriações

[ ] Lacerações

[ ] Hematomas

[ ] Alundamento

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

## Cabeça

[ ] Contusão

[ ] Escoriações

[ ] Lacerações

[ ] Hematomas

[ ] Alundamento

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

## Cabeça

[ ] Contusão

[ ] Escoriações

[ ] Lacerações

[ ] Hematomas

[ ] Alundamento

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

## Cabeça

[ ] Contusão

[ ] Escoriações

[ ] Lacerações

[ ] Hematomas

[ ] Alundamento

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

[ ] Fer. Penetrante

## Cabeça

[ ] Contusão

[ ] Escoriações

[ ] Lacerações

[ ] Hematomas&lt;/

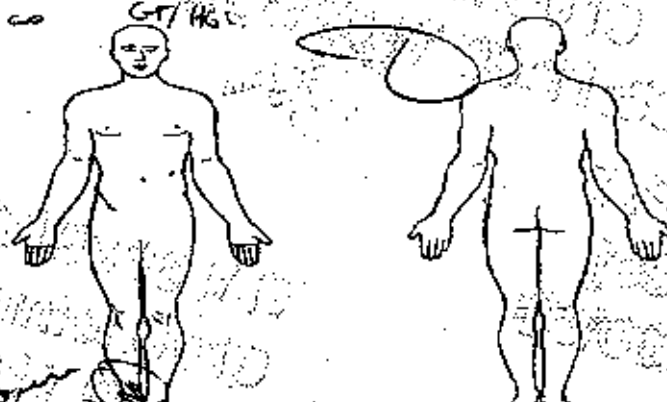
DESTINO	<input type="checkbox"/> Atendido no local <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento <input type="checkbox"/> Coronel Mota	<input type="checkbox"/> Cosme e Silva <input type="checkbox"/> HCSCA <input type="checkbox"/> Maternidade <input type="checkbox"/> Outros
	05/06/2017 10:17 05/06/2017 10:17	

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

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
Abertura de Olhos	Abre espontaneamente	Menores de 3 anos	Escala	Resposta Verbal	10 - 24	4	1
	Com estímulos auditivos	Abre espontaneamente	4		26 - 35	3	2
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos auditivos	3		> 36	2	3
	Não abre os olhos	Com estímulos dolorosos	2		01 - 05	1	4
Resposta Verbal	Orientado	Não abre os olhos	1	Resposta Motora	0	0	1
	Confuso	Balbucia	2		> 90	4	2
	Palavras inapropriadas	Choro irritado	3		70 - 89	3	3
	Sons ou gemidos	Choro a dor	4		50 - 69	2	4
Resposta Motora	Nenhuma	Gemido a dor	2	Base de Glasgow	01 - 49	1	5
	Obedece comandos	Nenhuma	1		0	0	6
	Localiza a dor	Movimentos espontâneos	5		14 a 15	5	7
	Flexão normal	Retira do toque	4		11 a 13	4	8
Resposta Motora	Flexão anormal	Retira a dor	3	Base de Glasgow	6 a 10	3	9
	Extensão a dor	Flexão normal	2		5 a 7	2	10
	Nenhuma	Flexão anormal	1		3 a 4	1	11
	Nenhuma	Nenhuma	1				

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO  
05 JUN 2017  
Seguradora S.A.  
Rua João Bogaça, 484 Sala 4  
Rio de Janeiro - RJ - CEP 20040-010

...Trauma de abdômen com morte embriagado, expulso, rolando, apresenta fratura exposta de costela 10, após proposta em comitê com GT/HGR.



GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO	
IG p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____	- lincos	- grupo
Perda de líquido: _____	BCF: _____	- tubos	- RL 10ml
<input type="checkbox"/> Com cartão	<input type="checkbox"/> Sem cartão	- gases de	- soro
		- oxigênio	- água

# 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: 000000005014-6

---

Nr. da Autenticação BA60C419DB284E40



# DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Raimundo Leão Casseto  
RG nº 85203, data de expedição 29/08/05, órgão SSE/RR

CPF nº 392.135.242-68, 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 seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R: Raimundo A Cavalcant</u>
Número	<u>104</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Aparecida</u>
Cidade	<u>Bom Vista</u>
Estado	<u>RR - Roraima</u>
CEP	<u>69.306-430</u>
Telefone de Contato	<u>(95) 99.115.1567</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Bom Vista, 10/05/13

Assinatura do Declarante: [Assinatura]



# **Eletrobras** Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima  
Av. Capitão Ené Gomes, 401 - Centro - Boa Vista - RR  
CEP: 69.001-470  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - 30/06/15  
Regime Especial de Incentivos Autorizado pela SEFAZ 364/12

Para consultar como  
Eletrobras informe  
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

117424-0

Nº da Nota Fiscal 000098191

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEEE criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO ILUMIN	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2015	11/08/2015	103	53,12

RAIMUNDO LEAO BARETO  
R. RAIMUNDO A. CAVACANT 164 1 APARECIDA  
CPF: 00038213524268  
CEP: 69.306-430 - BOA VISTA  
ROT: 13.001.04.02.005403

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	3909	Atual:	29/07/2015
Anterior:	3806	Anterior:	26/06/2015
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	29/08/2015
Consumo Medido:	103	Emissão:	29/07/2015
Consumo Faturado:	103	Apresentação:	29/07/2015

Forma de Faturamento: NORMAL Fator de Pêndulo: 0,00 Ode de Consumo: 33

Classificação	Uso	Classe Medidor	Ponto	Código Pat.	Méda 12 meses
RESIDENCIAL	BI	11EDB03789 N	1610245	1.2.1.2	150

HISTÓRICO LUMIN	DISCRICÃO DA CUNTA
Mês/ano consumo:	CONSUMO 103 A R\$ 0,361102 = 37,19
JUN/15 95	CORRECAO MONETARIA DA 04/15-00 0,19
JUL/15 86	CORRECAO MONETARIA IG 04/15-00 0,73
ABR/15 117	MULTA POR ATRASO DE E 04/15-00 1,08
MAR/15 141	JUROS DE HORA POR ATR 04/15-00 0,26
FEV/15 150	MULTA POR ATRASO 04/15-00 0,80
JAN/15 168	JUROS DE HORA DE INPO 04/15-00 0,93
DEZ/14 175	ILUMINACAO PUBLICA 11,87
NOV/14 166	
OUT/14 185	
SET/14 203	
TARIFA SCH TRIBUTOS:	
0 A 100 - 2.285760	

## MESSAGENS IMPORTANTES / RESUMO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão de fornecimento de energia elétrica a partir de 1/08/2015, nos termos das condições estabelecidas nesta fatura. O não pagamento poderá acarretar, além da inclusão do nome do consumidor no CADIN, a suspensão de fornecimento de energia elétrica e a consequente perda de valor de 20% (vinte por cento) do valor histórico. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS (LBY) INCLUIDA EM SUA FATURA, ESTA PODE SER CANCELADA, A QUALQUER TEMPO, EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO.  
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 23 26

RESERVAÇÃO DE FICHO 083C 51BF 28BE 64E0 D4F2 1C23 4E87 D183

COMPOSIÇÃO DA DESPESA - R\$	IMPOSTOS E TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 13,73	Base de Cálculo: 37,19
Energia: 14,13	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 6,32
Encargos: 1,99	Valor do PIS: 0,18
Tributos: 7,34	Valor do COFINS: 0,84

INDICADORES DE CONSUMIDARIDADE	PER	PER	PER	PER
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal
Limite	5,79	11,58	23,16	4,11
Realizado	0,76			2,60

Conjunto CENTRO Período da operação 05/2015 Valor 9,89

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
05 JUN 2017  
Gente Seguradora S.A.  
Av. Capitão João Bezerra, 404 Sala 4  
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
19 MAI 2017  
Gente Seguradora S.A.  
Av. Capitão João Bezerra, 404 Sala 4  
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

Tania Helena  
(95) 99139.8405  
3224.6579



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



Data de Postagem: 27/03/2017 Data de vencimento: 03/04/2017

00108623



721341917080053000000862330270317

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTENDO NAO VERIFICADO  
05 JUN 2017  
Gente Seguradora S.A.  
Av. Capitão João Bezerra, 484 Sala 4  
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

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





## DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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 1.840.19, expedido por SSP/RO, em

09/10/192, CPF/CNPJ nº 521.026.772-19

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

Leão Barreto do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

da vítima Raimundo Leão Barreto, e conforme

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

Profissão: Recebe Renda Mensal: R\$ Recebe

Documentos comprobatórios: Recebe

Tânia H. L. de Melo  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

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

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

# Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Lúcia de Almeida Tracie  
 RG nº 174.102 data de expedição 1/1/1979  
 Órgão SSP/RN portador do CPF nº 623.972.142-53 com  
 domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de  
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Raimundo A. Cavalcanti, nº 160,  
 complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
 vítima Raimundo Leão Barreto cujo o condutor era  
Raimundo Leão Barreto.

Veículo: motocicleta  
 Modelo: Honda / CG 125 FAN KS  
 Ano: 2013  
 Placa: NAV 9259  
 Chassi: 902 JC 41 10 DR 81 04 35  
 Data do Acidente: 10/02/16  
 Local e Data: Boa Vista, 08/05/17

Lúcia de Almeida Tracie  
 Assinatura do Declarante:

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



**DANIEL AQUINO**

Reconheço por Verdadeira a(s) firma(s)  
 (original) - LUCIA DE ALMEIDA TRACIE

Do que dou fé, Boa Vista, 08 de Maio de 2017

Daniel Antonio de Aquino Neto - Tabelião

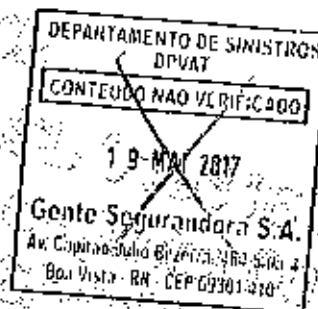
- Camila Retroz - Escrevente Autorizada

BPDO: Em testemunho da verdade.

Emolumentos: R\$ 2,35 - Fundos ISS R\$ 0,60 Valor Total: R\$ 2,95

Daniel Aquino

**Camila Costa Retroz**  
 Escrevente Autorizada





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE  
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES/3305 - AEROPORTO

**FICHA DE ATENDIMENTO**

Paciente: **RAIMUNDO LEAO BARRETO** Data Nascimento: **25/09/1972** Idade: **43 A 4 M 15 D** CNES: **18/02/16** Prontuário: **1550**

Tipo Doc: **Documentos** Documento: **Órgão Emissor** Data Emissão: **M** Sexo: **M** Estado Civil: **P** Raca/Cor: **PARDA** Nível de Atendimento: **CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

Mãe: **ELVINA BRASIL LEAO** Pai: **CONSELHO**

Endereço: **- RUA RAIMUNDO ACIOLE CAVALCANTE - 142 ...**

Class. de Risco: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° de Carteira: **05 JUN 2017**

Motivo do Atendimento: **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento: **URGÊNCIA** Profissional do Atend.: **Procedência** Temp.: **05 JUN 2017** Sítio: **Prontuário**

Sector: **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada: **SAMU CAPITAL** Procedimento Sol.: **Gente Seguradora S.A.** Paga: **Pressão**

Queixa Principal: **Síndrome Febril** Sintomático Respiratório: **Suspeita do Dengue**

Anamnese de Enfermagem: **AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456** TOTAL: **15**

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - **19** h)

**ICT DITIMO DUBONTE NOTICILIA ANUN**  
**OSKUL HUNDINAM. MUE DORS FUSUL SUTOM:**  
**PROTUS BELPOTE BONDID O PROXIMAMENTE ENBRIDGE**  
**NE DE PSE D OROPODIA**

Hipótese Diagnóstica: **Caso clínico expul tansosk**

SADT - Exames Complementares: **RAIO-X** **ULTRA-SON** **TC** **SANGUE** **URINA** **ECG** **OUTROS**

PRESCRIÇÃO: **Paracetamol Oral 2x**

APRAZAMENTO: **29 JUL 2016**

OBSERVAÇÃO: **CONFIRMAÇÃO**

Conduta: **Alta por Decisão Médica** **Alta e Pedido** **Alta e Revelia** **Transferência para:**

óbito: **Antes do 1º Atendimento?** **Sim**

Assinatura do Paciente ou Responsável: **Carimbo e Assinatura do Médico**

Impresso por: **kalline**  
Data Hora: **19/02/2016 02:21:34**



1. Quito zero

2. Scola Almon m

Manter

3. Celso Tino Jr w 66 06 12

4. Diprunc 66 66 06 12

5. TILATIL 10 66 06 12

6. CIV

7. An... 08.7.

ROSA KOPELAGUIRE  
08.08.2017

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brig. Eduardo Gomes, 51/A  
Nova Planaltina Tel (95) 2121-0620  
**AUTENTICACAO**  
**20 JUL 2016**  
Certifico e Dou fé que a presente  
cópia é fiel reprodução Original  
que foi apresentado neste Hospital.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
**CONTUDO NAO VERIFICADO**  
**05 JUN 2017**  
Gente Seguradora S.A.  
Av. Capitão João Brizola, 484 Sala 4  
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

**SUS** Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: P.S.

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: P.S. - ITC

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

2 - CNES:                     

4 - CNES:                     

0-5 JUN 2017

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5 - NOME DO PACIENTE: RAIMUNDO LEÃO BARRETO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 703205605126692

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: Elvira Brasil Brito

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO): Rua Raimundo Azeite Linsalente, 142 - Aparecida

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Boa Vista

Gente Seguradora S.A.

Av. Capito Julio Bezerra, 484 S/N - Boa Vista - RR - CEP 69001-410

8 - DATA DE ASSINATURA: 25/09/72

6 - N.º DO PRONTUÁRIO: 134 482

9 - SEXO: M

11 - TELEFONE DE CONTATO: 915

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO: RR

15 - UF: RR

16 - CEP:

**17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS**

Sofre acidente, apresentando, hematomas, exposição óssea e deformidade tornozelo dir.

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

DEPARTAMENTO DE SINISTRO: DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: CIRURGIA

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Pr tornozelo direito

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: LUXO FRATURA LEX POSTA TORNOZELO DIR.

21 - CID 10 PRINCIPAL:                      22 - CID 10 SECUNDÁRIO:                      23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

**24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO**

DEBRIDAMENTO CIRURGICAL + REPOSIÇÃO + FIXAÇÃO INTERNA

26 - CLÍNICA: CIRURGIA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO: 1 CHS

29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CIPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 5118191541612211

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Jesus A. Lopez Aguirre

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 10/12/16

**25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO**

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

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

33 - ACIDENTE DE TRABALHO:                     

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO:                     

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO:                     

36 - CNPJ DA SEGURADORA:                     

37 - CNPJ EMPRESA:                     

38 - CNPJ EMPRESA:                     

39 - CNPJ EMPRESA:                     

40 - CNPJ EMPRESA:                     

41 - CNPJ EMPRESA:                     

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                     

43 - EMPREGADO:                     

44 - EMPREGADOR:                     

45 - AUTÔNOMO:                     

46 - DESEMPREGADO:                     

47 - APOSENTADO:                     

48 - NÃO SEGURADO:

36 - N.º DO BILHETE:                     

38 - SÉRIE:                     

40 - CNPJ DA EMPRESA:                     

41 - CNPJ EMPRESA:

**AUTORIZAÇÃO**

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:                     

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR:                     

45 - DOCUMENTO:                     

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 10/12/16

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

49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

0408050578 → 5825

V299



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA



216-3

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

RAIMUNDO LEO BARRETO

DIAGNÓSTICO

LUXO FRATURA EXPLOTA TORPOREO DNR

ALÉRGICAS

HAS

DM2

IDADE

LEITO

DATA

10/02/16

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORARIO

1

DIETA ORAL LIVRE APÓS RPA

2

SF 0,9% 500 ML EV 12/12H

SND

3

CEFALOTINA 1G EV 6/6H

4

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

5

TILATIL 20MG EV 12/12H

6

DIPIRONA 1 G EV OU VO 4/4H

7

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

8

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

SN

9

RANITIDINA 50MG EV 8/8H

10

SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EIA JEJU

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

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 DL/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  
Bairro Vista RR CEP: 69301-410

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brig. Eduardo Gomes, 1500  
Bairro Fátima, 10 (95) 11-110620  
AUTENTICAÇÃO  
20 JUL 2016  
Certifico e Dou fé que a presente  
cópia é fiel reprodução Original  
e foi apresentada neste Hospital

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 JUN 2017

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

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

## BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 10/05/2017 O.S. 0091435

RAIMUNDO L. A. PAPA

10/05/2017 09:14:35  
JOSE JUNIOR 0019

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: LUX. PRAVIA L. A. 10/05/2017  
 INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: 10/05/2017  
 TIPO DE INTERVENÇÃO: 10/05/2017  
 MEDICAÇÕES E ACIDENTES: 10/05/2017  
 DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: 10/05/2017

CIRURGIÃO: Dr. J. A. PAPA 1º AUXILIAR: Dr. J. A. PAPA  
 2º AUXILIAR: INSTRUMENTADORA:  
 3º AUXILIAR: ANESTESIA: 10/05/2017  
 ANESTESISTAS: Dr. J. A. PAPA ANESTÉSICO: 10/05/2017  
 INÍCIO: 10/05/2017 FIM: 10/05/2017 DURAÇÃO: 10/05/2017

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 OPVAT  
 CONTEUDO NAO VERIFICADO  
 05 JUN 2017  
 Gente Seguradora S.A.  
 Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4  
 Boa Vista - RR - CEP 69301-410

JOSE JUNIOR  
 0019  
 10/05/2017





NOME DO PACIENTE		IDADE		DATA DE NASCIMENTO		DATA DA INTERNAÇÃO	
Raimundo Leão Barreto		43 a				10 de dez 2017	
CIRURGO(A)							
Tratamento Cirurgico de luxa-fratura de TNZ "D"						INÍCIO	FIM
						11:45	12:45
EQUIPE MÉDICA							
Cirurgião(a)				ANESTESISTA			
Dr. Jesus				Dr. Fabiano R. Adonias			
1ª AUXILIAR				INSTRUMENTADOR			
2ª AUXILIAR				CIRCULANTE			
				Gloria Oligangela			
TIPO DE ANESTESIA		RAQUÍ		TEMPO DE DURAÇÃO			
QUANTO		MATERIAIS	VALOR	QUANTO	MEDICAMENTOS		VALOR
	CATETER SIMPLES N°				HÓLERS DE OXIGÊNIO 2 L/min		
	CATETER SIMPLES N°			<input checked="" type="checkbox"/>	SERACOS-SORO FISIOLÓGICO %cc	0,91-500 ml	
	CATETER SIMPLES N°				SERACO-SORO		
	CATETER N°				SEROCO SORO GLICOSADO %cc		
	CATETER CROMADO N°				SERACO SORO GLICOSA %cc		
	CATETER CROMADO N°			1 10ml	KIDOCINA 2%		
	CATETER GRAMMÁTICO RETO			1	CLAYBELL Cateter de O <sub>2</sub>		
	CATETER GRAMMÁTICO CURVO			<input checked="" type="checkbox"/>	FLUOTHANE Elvexodas		
	FRIO DE SEDA N°			± 50ml	PENTRANE Clorexidina 2%		
	FRIO DE ALGODÃO N°				ENTRANE		
	ADONITOLON COM AGULHA Nº 210			± 100ml	ETER Alcool à 70%		
	ADONITOLON SEM AGULHA				ATROPINA Seringas 1ml		
	UNIDADES DE GAZE c/ 20 unds				PROSTIGMINE II 3ml		
	PARAS DE UVAS Nº 7, 7½				THIONEMBUTA II 5ml		
	EQUIPOS PARA SORO Macroga				MARCAINA II 10ml		
	ROLLOS DE ESPARADRAPO				RINGAL IV 20ml		
	DRENOS N°				GLICOSE % Aladures (15) cm		
	GEMAS N°				ÁGUA OXIGENADA		
	AGULHAS p/ raqui-anestesia				MENTHOLATE		
	COMPRESSAS c/ 03 unds				MERCÚRIO CROMO		
	LÂMINAS PARA BISTURI Nº 21						
SOMA				SOMA			
FARMACOS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS				DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT			
FUNÇÃO E ASSINATURA		ENFERMEIRA CHEFE		CONTÉUDO NÃO VERIFICADO		MATERIAL E MEDICAMENTOS	
Bruno				05 JUN 2017		SUB-TOTAL	
FUNÇÃO E ASSINATURA		FUNCIONÁRIO DE CONTABILIDADE		Gente Seguradora S.A.		SOMA	
				Av. Capito Julio Bezerra, 484 Sala 4 Boa Vista - RR - CEP 69301-400		TAXA DE SALA TAXA DE ANESTESIA	
				ENCARGOS A CONTABILIDADE			



NOME: Raimundo João Barreto

TTO Unigrafo de Luxa produce T102 (D)

[illegible]

Placa B - 216-3

216-3.

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Prescrição Médica Diária

Nome: Raunado Lessa Barreto

Assinatura Responsáveis:

Data: 11/06/2016

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO  
05 JUN 2017  
Gente Seguradora S.A.  
Av. Capitão João Baptista, 489 Sala 4  
Bon Visão - RR - CEP 69301-410

Item	Prescrição	Horário
01	DIETA ORAL LIVRE	SND
02	SCALP SALINIZADO	manter
03	TILATIL 20MG EV 12/12H	12° 24
04	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	12° 24 06
05	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H	12° 28 24 06
06	PLASIL 1 AMP EV 8/8H (S/N)	SN
07	OMEPRAZOL 20MG EV 1 X DIA	Susp
08	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV 8/8H (S/N)	SN
09	CAPTOPRIL 25MG 1 COMP VO se PA > 160X100MMHG	SN
10	CURATIVO DIÁRIO	Rotina
11	CCGG +SSVV 6/6 H	Rotina
	<u>Ranitidina 150mg @ 8/8h</u>	14° 22 06

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO  
13 MAI 2017  
Gente Seguradora S.A.  
Av. Capitão João Baptista, 489 Sala 4  
Bon Visão - RR - CEP 69301-410

Erinaldo P. Passos  
Registra de Opticos e Oftalmologos  
CRM-RR 1867

11-01-2016

PA = 155 x 106

FC = 73

JSB PA 30X90mm

FC 66 5B

T = 36.5°

T = 34°

24h: T 36°C

PA 120x80

[illegible]



acompanhamento das Feridas  
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data da Elaboração:  
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENE/LEITO:

246-03

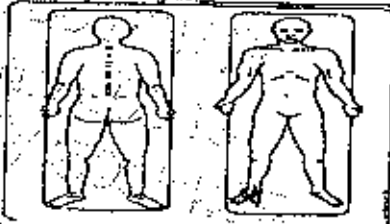
Nome: Raimundo Leon Barreto

DATA: 14/06/16

☐ GRAU - I

☒ GRAU - II

Localização / Região

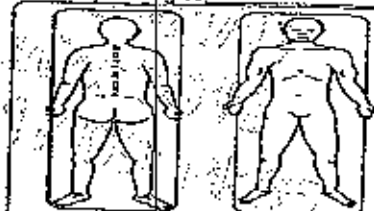


DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética  
☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:

Tamanho da Ferida:

Comprimento: \_\_\_\_\_ cm Largura: \_\_\_\_\_ cm  
Profundidade: \_\_\_\_\_ cm

Aparência do Leito:

☐ Tecido de granulação ☐ com esclero  
☒ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

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

tipo de exsudato:

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento  
☐ Purulento ☒ Serosossanguíneo

Dor:

☒ Sim ☐ Não

Odor:

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

Condição da pele  
Perilesional:

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

Solução para limpeza

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

Cobertura primária  
(Contato direto na lesão)

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

Hora do curativo:

☒ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca:

Em caso de + de 24hs

Carimbo e ass.

Téc. em Enfermagem

Carimbo e Assinatura

do Enfermeiro

01- [Assinatura]  
Bela da Paiva  
Enfermeira  
CONEVAT 233.834

02-

01-

02-

OBS:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
05 JUN 2017  
Gente Seguradora S.A.  
Av. Celso João Bozerra, 444, Sala 4  
Bela Vista - RR - CEP 69301-419

OBS:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
19 JUN 2017  
Gente Seguradora S.A.  
Av. Celso João Bozerra, 444, Sala 4  
Bela Vista - RR - CEP 69301-419

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





Acompanhamento das Feridas  
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1 Versão: 06  
Atualizada: Janeiro / 2015  
Data da Elaboração:  
Fevereiro 2013  
ENFELEITO: 216-B

Nome: <u>Raimundo Barreto</u>	
DATA: <u>13.02</u>	Localização / Região: <u>MLD</u>
<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"/> oncológica <input checked="" type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra:
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Aparência do Leito:	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico
Quantidade do Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input checked="" 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"/> Serososanguíneo
Dor:	<input checked="" 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 checked="" 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
Solução para limpeza	<input checked="" 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"/> Colagenase <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input checked="" type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	<u>Diária</u>
Carimbo e ass. Rec. em Enfermagem	01- <u>plu</u> 02- <u>Ana</u>
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	
OBS:	
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 05 JUN 2017 Gente Seguradora S.A. Av. Capitão João Bezerra, 484 Sala 4 Bon Vista - RR - CEP 09301-410	
OBS: DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 19 MAI 2017 Gente Seguradora S.A. Av. Capitão João Bezerra, 484 Sala 4 Bon Vista - RR - CEP 09301-410	

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



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA  
SERVICO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA  
PRESCRICAO

DATA DE ADMISSAO: 05/06/2017

PACIENTE: RAIMUNDO LUIZ BARRETO

DIAGNOSTICO: FX LUX EXP T12

ALERGIAS: NEG

IDADE: 70 ANOS

LEITO: 10

ITEM

PRESCRICAO

1 DIETA ORAL EVAR

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

CITA 01/06/2017

SE FALTA 01/06/2017

PARACETAMOL 500MG VO 6/6H S/N

TRAMAL 100MG SI 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8H S/N

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

RANITIDINA 50MG EV 12/12H

SE FALTA 01/06/2017 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H

SE FALTA 01/06/2017 SE PAS 2/2H

SE FALTA 01/06/2017 40 GOTAS VO

SE FALTA 01/06/2017

SE FALTA 01/06/2017

METFORMINA 500 MG EV 8/8H

SE FALTA 01/06/2017

SE FALTA 01/06/2017

SE FALTA 01/06/2017

SE FALTA 01/06/2017

SE FALTA 01/06/2017

SE FALTA 01/06/2017

SE FALTA 01/06/2017

SE FALTA 01/06/2017

SE FALTA 01/06/2017

SE FALTA 01/06/2017

SE FALTA 01/06/2017

SE FALTA 01/06/2017

SE FALTA 01/06/2017

SE FALTA 01/06/2017

SE FALTA 01/06/2017

SE FALTA 01/06/2017

SE FALTA 01/06/2017

SE FALTA 01/06/2017

SE FALTA 01/06/2017

SE FALTA 01/06/2017

SE FALTA 01/06/2017

SE FALTA 01/06/2017

SE FALTA 01/06/2017

SE FALTA 01/06/2017

SE FALTA 01/06/2017

SE FALTA 01/06/2017

SE FALTA 01/06/2017

SE FALTA 01/06/2017

SND

14/06/2017

SND

SND

SND

SND

SND

SND

SND

SND

SND

SND

SND

SND

SND

SND

SND

SND

SND

SND

SND

SND

SND

SND

SND

SND

SND

SND

SND

SND

SND

SND

SND

SND

SND

SND

SND

SND

SND

SND

EVOLUÇÃO MEDICA:

0 SOLICITADO:

1 EXAMINADO:

2 PROGRAMACAO DE CURETOMIA

3 VISAO DE ALTA: SEM

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

05 JUN 2017

Gente Seguradora S.A.

Av. Capitao Julio Bezerra, 483 Sala 4

Box Vista - RR - CEP 69301-410

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

19 JUN 2017

Gente Seguradora S.A.

Av. Capitao Julio Bezerra, 483 Sala 4

Box Vista - RR - CEP 69301-410

SINAIS VITAIS

8 H	120 x 70	70	36°
12 H			
18 H			
24 H			





Acompanhamento das Feridas  
Comissão de Curativo - HGR

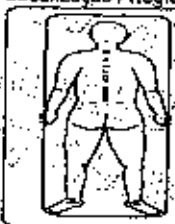

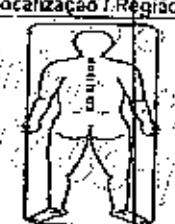

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data da Elaboração:  
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 216.3

Nome: <u>Raimundo Leão Barreto</u>			
DATA: <u>14.02.16</u>	Localização / Região  	DATA: <u>14.02.16</u>	Localização / Região  
<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 checked="" 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 checked="" 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 escalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input checked="" 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 type="checkbox"/> Serosanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo	
Dor:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" 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 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 type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	<u>15.02.16</u>		
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	01- <u>Aelouido</u> 02- <u>Rozalva</u>	01- 02-	
OBS:		OBS:	
<div>DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTENIDO NÃO VERIFICADO 05 JUN 2017 Gente Seguradora S.A. Av. Capitão João Bezerra, 484 Sala 4 Bela Vista - RJ - CEP 20030-140</div>		<div>DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTENIDO NÃO VERIFICADO 19 MAR 2017 Gente Seguradora S.A. Av. Capitão João Bezerra, 484 Sala 4 Bela Vista - RJ - CEP 20030-140</div>	

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 TNZ

ALERGIAS: NEGA HAS NEGA DM2 NEGA

IDADE LEITO 216-3 DATA 15/2/2016

ITEM PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

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 6/8H 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

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

CONTEUDO NAO VERIFICADO

19 MAI 2017

Gente Seguradora S.A.  
Av. Espírito Santo Bozerra, 484 Sala 4  
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

05 JUN 2017

Gente Seguradora S.A.  
Av. Espírito Santo Bozerra, 484 Sala 4  
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	Te
6 H				
12 H	132x98	60		36.6°
18 H	120x80	72 bpm	18 RPM	36.9°
24 H				

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

PA 150x90  
66



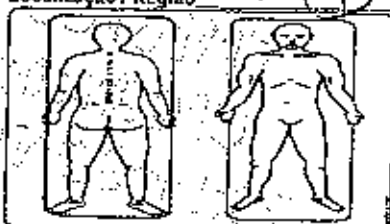
Acompanhamento das Feridas  
Comissão de Curativo - BCR

Protocolo nº 1 Versão: 06

Data de Elaboração:  
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENE/LEITO:

Nome: <u>Raimundo</u> <u>2163</u>	
DATA: <u>15.02</u>	Localização / Região: <u>M.D.</u>
<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 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
Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo
Dor:	<input checked="" 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
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
Solução para limpeza	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	<u>Diário</u>
Carimbo e ass. em Enfermagem	01- <u>Emiliano</u> 02- <u>Dan</u>
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	
OBS:	
<div>DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 05 JUN 2017 Gente Seguradora S.A. Av. Cipriano Júlio Bezerra, 404 Sala 4 Bom Jardim - RR - CEP 69301-410</div>	
<div>DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 13 MAR 2017 Gente Seguradora S.A. Av. Cipriano Júlio Bezerra, 404 Sala 4 Bom Jardim - RR - CEP 69301-410</div>	

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 avaliadas 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 TNZ**

ALERGIAS

NEGA

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

216-3

DATA

16/02/2016

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

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

SSV + CCGG 8/8 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:

# CONDUITA:

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

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



Acompanhamento das Feridas  
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1 Versão: 06  
Atualizada: Janeiro / 2015  
Data da Elaboração: Fevereiro 2013  
ENF/LEITO: 216-3

Nome: <u>Raimundo Leão Bonneto</u>	
DATA: <u>16.02.16</u>	Localização / Região: <u>mto</u>
<input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II = 2	
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 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 checked="" 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"/> Serosanguíneo
Dor:	<input checked="" 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 checked="" 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
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input checked="" 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:
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca:	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Em caso de + de 24hs	<u>Diário</u>
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- <u>Lizandra</u> 02- <u>Renata</u>
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	
OBS:	
<div>DEPARTAMENTO DE SINISTROS OPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 05 JUN 2017 Gente Seguradora S.A. Av. Capitão João Bonfim, 424 Sala 4 66050-000 VILA - RR CEP 69301-410</div>	
<div>DEPARTAMENTO DE SINISTROS OPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 19 MAI 2017 Gente Seguradora S.A. Av. Capitão João Bonfim, 424 Sala 4 66050-000 VILA - RR CEP 69301-410</div>	

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 TNZ

ALERGIAS

NEGA

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

216-3

DATA

17/02/2016

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

SN

2

3

CEFAZOLINA 1G EV 8/8H

SN

4

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

5

TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA

6

PARACETAMOL 500MG VO 8/8H 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

CAPTAPRIL 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: 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  
OPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 MAR 2017

Gente Seguradora S.A.  
Av. Capitão João Bezerra, 464 Sala 4  
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
BPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUN 2017

Gente Seguradora S.A.  
Av. Capitão João Bezerra, 464 Sala 4  
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

SINAIS VITAIS

PA

FC

FR

Temp

6 H

12 H

18 H

24 H

135x88

67

—

36.8

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		DIH	DN
PACIENTE	RAIMUNDO LEAO BARRETO		
DIAGNÓSTICO	FX LUX EXP TNZ		
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA
IDADE	216-3	DM2	NEGA
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		24h
2			
3	CEFAZOLINA 1G EV 8/8H		18h-24h
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		SN
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)		SN
9	RANITIDINA 50MG EV 12/12H		18h-24h
10	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H		
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 180 E OU PAD > 110 MMHG		SN
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		SN
13	CURATIVO DIÁRIO		
14	SSVV + CCGG 6/6 H		Realiza
15	METRONIDAZOL 500 MG EV 8/8H		18h-24h
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:

# CONDUITA:

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
05 JUN 2317  
Gente Seguradora S.A.  
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 Sala 4  
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

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

Dr. Pedro Di Giovanni  
CRM/RR 1515  
Residente de Ortopedia  
e Traumatologia



Acompanhamento das Feridas  
Comissão de Curativo - HGR

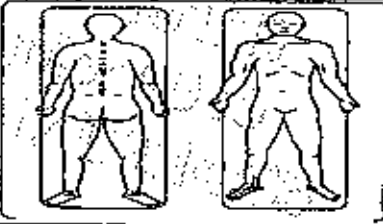
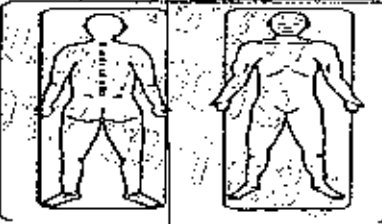
Protocolo nº 1

Versão: 06

Data de Elaboração:  
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 216-3

Nome: <u>Raimundo Leão Barreto</u>			
DATA: <u>18.09.16</u>	Localização / Região: <u>M2 D</u> 	DATA: <u>18.09.16</u>	Localização / Região: <u>M2 D</u> 
<input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II		<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 checked="" 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 checked="" 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 escalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input checked="" type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input checked="" 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	<input type="checkbox"/> Seroso <input 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 checked="" 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 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 checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	
Solução para limpeza:	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" 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 type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	<u>Diário</u>		
Imbo e ass. em Enfermagem	01- <u>Carla S.</u> 02- <u>Sin. Helena</u>	01- 02-	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 05 JUN 2017 Gente Seguradora S.A. Av. Capitão João Bezerra, 484 Sala 4 Bonfins - RR - CEP 03301-410	OBS:	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 19 JUN 2017 Gente Seguradora S.A. Av. Capitão João Bezerra, 484 Sala 4 Bonfins - RR - CEP 03301-410

OBS: Documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Clínica Tec, 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 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

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 8/8H 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; ≥ 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  
OPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 MAI 2017

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUN 2017

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

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	T
6 H	120x80	62	—	36,1
12 H	134x100	64	—	36
18 H	120x90	30	—	36,5
24 H	120x90	71	—	36,4

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

UNIDADE:

NOME:

*Almeida, Lúcia Costa*

IDADE:

*47a*

REGISTRO:

BLOCO:

*B*

ENFERMARIA:

*216*

LEITO:

*3*

UTI:

EMERGÊNCIA:

DE:

*Ortopedia*

PARA:

*Ortopedia*

Dados Clínicos:

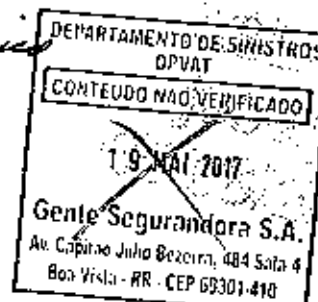
*Paralela com fratura de CN 2.*

*Soluto Vinte Cirurgias*

*Costa!*

*14.02.16*

Data



*Dr. Pedro D. Oliveira*

Médico

*43a*

*Tempo: Antepedra*

*Problemas cardíacos*

*de 1980*

*RA: 020180-4*

*Av. RR, 17, 3º*

*1º*

*RA: No*

*15.02.16*

Data

*FC classe I*



*Dr. Manoel de Jesus*

Médico



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

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

216-3

DATA

20/02/2016

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

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 0.8% 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; ≥ 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, 483 Sala 4  
Bom Vista - RR - CEP 69301-010

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUN 2017

Gente Seguradora S.A.  
Av. Capitão Júlio Bezerra, 483 Sala 4  
Bom Vista - RR - CEP 69301-010

SINAIS VITAIS

PA

FC

FR

TR

6 H

12 H

18 H

24 H

120/80

65

18

36


130/90

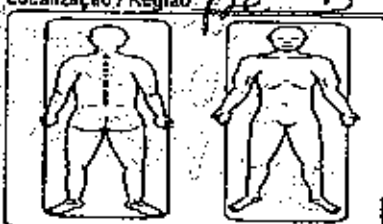

75

18

36

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

	<b>Acompanhamento das Feridas</b> <b>Comissão de Curativo - HGR</b>	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data de Elaboração:
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 216-3		

Nome: <u>Raimundo Leão Barreto</u>			
DATA: <u>20.02.16</u> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região: <u>pe. D</u> 	DATA: <u>20.02.16</u> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região: <u>pe. D</u> 
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 checked="" type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____		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 checked="" type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____	
Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito: <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo <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		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"/> Serososanguíneo		Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	
Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Dor: <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 checked="" type="checkbox"/> Sem odor		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 Periférica: <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: _____		Condição da pele Periférica: <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 checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____		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 checked="" 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: _____		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: _____	
Hora do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		Hora do curativo: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: <u>Diário</u>		Data da Próxima troca: _____	
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem: 01- <u>Emília</u>		Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem: 01- <u>Graci / Heloisa</u>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____		Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____	

OBS:

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

OBS:

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

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.



Acompanhamento das Feridas  
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1 Versão: 06

Data da Elaboração:  
Fevereiro 2015

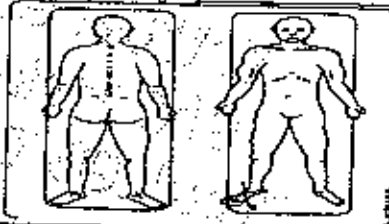
Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 216.3

Nome: Raimundo Leão Barreto

DATA: 21.02.16

Localização / Região



☒ GRAU - I X 3

☒ GRAU - II

DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética  
☒ onuropática ☒ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:

Tamanho da Ferida:

Comprimento: \_\_\_\_\_ cm Largura: \_\_\_\_\_ cm  
Profundidade: \_\_\_\_\_ cm

Aparência do Leito:

☒ Tecido de granulação ☐ com esfacelo  
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

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

Cor de exsudato:

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento  
☐ Purulento ☒ Serosossanguíneo

Dor:

☒ Sim ☒ Moderado ☐ Não

Odor:

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

Condição da pele  
Periférica:

☐ Normal ☒ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor  
☐ Prurido ☒ Outras edema leve

Solução para limpeza

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

Cobertura primária  
(Contato direto na lesão)

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

Hora do curativo:

☒ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca:

Em caso de + de 24hs

22.02.16

Primo e ass.

rec. em Enfermagem

Primo e Assinatura

do Enfermeiro

01- Ensiliana de Adenilda  
Carla Ramele

01-

02-

OBS:

OBS:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

05 JUN 2017

Gente Seguradora S.A.

Av. Capitão João Bezerra, 484 Sala 4  
Bom Vista - RR - CEP 69301-410

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

19 MAI 2017

Gente Seguradora S.A.

Av. Capitão João Bezerra, 484 Sala 4  
Bom Vista - RR - CEP 69301-410

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 LEAO BARRETO  
AGNÓSTICO: FX LUX EXP TNZ  
ALERGIAS: NEGA  
IDADE: \_\_\_\_\_ HAS: \_\_\_\_\_ NEGA: \_\_\_\_\_ DM2: \_\_\_\_\_  
LEITO: 216-3 DATA: 22/02/2016

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	SF 0,9% 500 ML EV EM 24 HS	
3	CEFALOTINA 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	DIPYRONA 01G EV 6/6H	SUSP
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	CAPTAPRIL 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 SC 01 X DIA	
16	MERTRONIDAZOL 500MG EV DE 8/8 HS	SUSP
17		
18		
19		
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 8UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DI/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

# SOLICITADO:

# CONDUITA:

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

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

SINAIS V	PA	FC	FR	T
6 H				
12 H	150x95	67		36,5
18 H	120x90	77		36,4
24 H	140x90	64		36,6

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



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE RAIMUNDO LEAO BARRETO

AGNOSTICADO FX LUX EXP TNZ

ALERGIAS NEGA

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

216-3

DATA

23/02/2016

ITEM

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 01 X DIA

6

DIPIRONA 01G EV 8/8H

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 8/8 H

15

CLEXANE 40 MG SC 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:  
8UI; 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 JUN 2017

Gente Seguradora S.A.

Av. Capitão João 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 João Bezerra, 484 Sala 4

Boa Vista - RR - CEP 69301-410

SINAIS V

PA

FC

FR

8 H

13/90

70

28

12 H

13/90

70

28

18 H

13/90

70

28

24 H

13/90

72

28

Dr. Pedro Di Giovanni

CRM/RR 1515

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

AGNOSTICAFX LUX EXP TNZ

ALERGIAS

NEGA

FIAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

216-3

DATA

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORARIO

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

TENOXCAM 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

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 8/8 H

15

CLEXANE 40 MG SC 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 DI/ML,  
GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

# SOLICITADO:

# CONDUITA:

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTENIDO NÃO VERIFICADO

13 MAI 2017

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTENIDO NÃO VERIFICADO

05 JUN 2017

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

SINAIS V	PA	FC	FR
6 H	120x80	62	36
12 H	132x93	59 bpm	36
18 H	128x84	68	36
24 H	120x90	74	36

Dr. Pedro L. Giovanni  
CRM/RN 101.5  
Residente de Ortopedia  
e Traumatologia





Acompanhamento das Feridas  
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1 Versão:06

Data de Elaboração:  
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 916-3

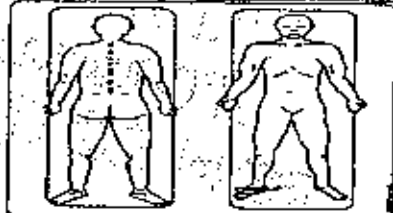
Nome: Raimundo Leão Rêgo

DATA: 04/02

☐ GRAU - I

☒ GRAU - II

Localização / Região: m20

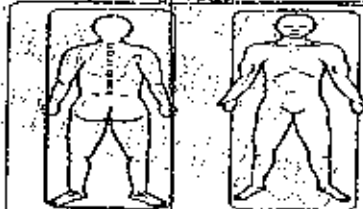


DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região:



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética  
☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:

Tamanho da Ferida:

Comprimento \_\_\_\_\_ cm Largura \_\_\_\_\_ cm  
Profundidade \_\_\_\_\_ cm

Aparência do Leito:

☒ Tecido de granulação ☐ com esfacelo  
☒ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

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

Tipo de exsudato:

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento  
☐ Purulento ☐ Serosanguíneo

Dor:

☒ Sim ☐ Não

Odor:

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

Condição da pele  
Perilesional:

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

Solução para limpeza

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

Cobertura primária  
(Contato direto na lesão)

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

Hora do curativo:

☒ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca:  
Em caso de + de 24hs

Diário

Imbo e ass.  
Rec. em Enfermagem

01-

02-

Rawlinson

Isis

Carimbo e Assinatura  
do Enfermeiro

OBS:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 JUN 2017

Gente Seguradora S.A.

Av. Capitão João Bezerra, 484 Sala 4  
Rio Vista - RR - CEP 69301-410

OBS:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

13 MAI 2017

Gente Seguradora S.A.

Av. Capitão João Bezerra, 484 Sala 4  
Rio Vista - RR - CEP 69301-410



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  
AGNOSTIC: FX LUX EXP TNZ  
ALERGIAS: NEGA HAS NEGA DM2 NEGA  
IDADE: \_\_\_\_\_ LEITO: 216-3 DATA: 25/02/2016

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORARIO
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	TENOXCAM 40 MG EV 01 X DIA	
6	DIPIRONA 01G EV 6/6H	SUSP
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 SC 01 X DIA	
16	MERTRONIDAZOL 500MG EV DE 8/8 HS	SUSP
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	

Marcelo T. Ribeiro  
Nutricionista  
CRM 3291

EDT 1/10

SUSP

09/14/2017

09/14/2017

09/14/2017

09/14/2017

09/14/2017

09/14/2017

09/14/2017

09/14/2017

09/14/2017

09/14/2017

09/14/2017

EVOLUÇÃO MÉDICA:

- # SOLICITADO:
- # CONDUTA:
- # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA
- # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

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

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

SINAIS V	PA	FC	FR	R
6 H	150x80	69	-	36.5
12 H	140x80	65	14	36.8°C
18 H	140x80	62	-	36.4
24 H	140x80	62	-	36.4

Dr. Pedro L. Novais  
CRM/RR 10015  
Residente de Ortopedia  
e Traumatologia



Acompanhamento das Feridas  
Comissão de Curativo - HGR

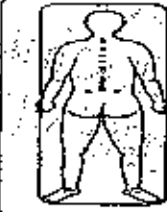

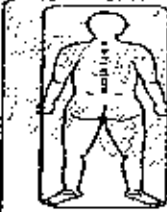

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data de Elaboração:  
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 216.2

Nome: <u>Raimundo Leal Barreto</u>			
DATA: <u>26.02.16</u> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II <u>x3</u>	Localização / Região  	DATA: <u>26.02.16</u> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" 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 checked="" 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 escarelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escarelo <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	<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"/> Serosossanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo	
Dor:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" 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 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 type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perifoneal:	<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 <u>Equimose</u>	<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 checked="" 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"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outro: _____	<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: _____	
Hora do curativo:	<input type="checkbox"/> Manhã <input checked="" type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	<u>27.02.16</u>		
Limbo e ass. em Enfermagem	01- <u>Carle Soares</u>	02- <u>Adenilde</u>	01- <u>Carle Soares</u>
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:	OBS:		
<div>DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTÉUDO NÃO VERIFICADO 05 JUN 2017 Gente Seguradora S.A. Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4 Box Vista - RR - CEP 69301-410</div>		<div>DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTÉUDO NÃO VERIFICADO 19 JUN 2017 Gente Seguradora S.A. Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4 Box Vista - RR - CEP 69301-410</div>	

Obs: Documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e do e-Track, 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

AGNOSTICADO FX LUX EXP TNZ

ALERGIAS

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

HI

3

CEFAZOLINA 1G EV 8/8 HS

16:20

4

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

08

5

TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA

SUSP

6

DIPIRONA 01G EV 6/6H

12:18

7

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

15:20

8

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

SN

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 8/8 H

15

CLEXANE 40 MG SC 01 X DIA

16

MERTIRONIDAZOL 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 MAI 2017

Gente Seguradora S.A.

Av. Capitão João 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 João Bezerra, 484 Sala 4  
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

SINAIS V	PA	FC	FR
6 H			
12 H	129x77	73	36,6
18 H			
24 H			

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



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE RAMUNDO LEÃO BODNEIRO 43 ANOS.  
 DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 10/02/16 COM  
 DIAGNÓSTICO DE FASCIITE EXPOSITA DE TÍZ (D)

NO DIA 10/02/16 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
LMC + Fx de C.C. com fio K. sendo  
OPERADO PELO DR.

OPERADO PELO DR. JOSE ALVARES E DR. CECILIO G. D. GARCIA  
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 29/02/16 AS 15h EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 08/03/16 ÀS 07:30h. COM 0

20 JUL 1964  
INFERIORES  
Centro e Universidade de Brasília  
com a faculdade de Engenharia de Minas  
e a faculdade de Engenharia de Minas

- BOL. GUB. - RR. CEP 69301-410

Dr. H. A. Andrade  
Médico  
Ortopedia e Traumatologia.



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

RECIBO

NOME:

RAIMUNDO LUN BARROS

LAUDO MÉDICO

Paciente que sofreu acidente

o de. 02/10/16, quando

estava trabalhando exportando

torneiras de metal.

Atividade realizada por empresa

tempo aproximado de 2 (dois) dias  
de trabalho, sendo de 30 (trinta)  
dias.

DATA:

12/09/16

EST. VALDEZ AGUIRRE  
Osteopata Traumatologista  
R. M. 003 R.R.

CLINICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA  
Rua Coronel Pinto, 836 - Centro-Boa Vista RR  
CEP: 69.301-150 - CNPJ 84.013.408/0001-98  
Telefones: 2121-7474

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

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

MINISTERIO DE TRABAJO  
EMPLEO

CARTERA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

126.54301, 65-5

**2713462**

0-300

**22**

Stomach & Bowel

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO  
GOV. DE MATARÃO AO TRABALHADOR

VISITE O PORTALU: [WWW.MTE.GOV.BR](http://WWW.MTE.GOV.BR)

## DESENVOLVIMENTO DE SINTOS

—**БРАТ**

CONFIRMADO E VERIFICADO

19 MAY 2017

**Gente Seguradora S.A.**

# ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

**CONSTITUÇÃO CIVIL - BRASILEIRO**

Office 24

**SOM: CUJO NAO VERIFICADO**

65 JUN 2017

**Gente Seguradora S.A**

400 Capital Building  
500 W. 4th St. - RR - DEP 101-4100

SIGNATURE OF OFFICER

**RAIMUNDO LEÃO BARRETO**

FILIAÇÃO..... RAIMUNDO RODRIGUES BARRETO  
 ELVINA BRASILEIRO  
 NASCIMENTO..... 25/09/1972..... SEXO: MASCULINO  
 ESTADO CIVIL..... SOLTEIRO  
 NATURALIDADE: BOA VISTA - RR  
 DOCUMENTO..... R.G. 85209 SSP-RR 23/09/2005  
 LEI Nº 8.046, DE 18 DE MAIO DE 1995  
 CPF: 302.135.242-68..... CNH:  
 VIT. ELETRON..... SECÃO:

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 352.135.242-68

III. ELEITOR:

LOCAL/ DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 27/07/2009

[illegible]

品



REPÚBLICA FEDERATIVA DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
DEPARTAMENTO DE TRANSPORTES  
E TRÂNSITO  
DIRETORIA DE REGISTRO E LICENCIAMENTO

**RENATA KILIAN FRACALOSSET DE MELO**



CPF: 027.989.919-20  
Data de Nascimento: 06/10/2013  
Data de Emissão: 13/11/2006  
Data de Validade: 13/11/2006  
Número de Registro: 43076893811  
Número de Documento: 40708728694

**059074510**

VALIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

REGRAS DE USO  
1. O documento é válido para todos os territórios nacionais.  
2. O documento é válido para todos os tipos de veículos.  
3. O documento é válido para todos os tipos de condutores.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
05 JUN 2017  
Gente Seguradora S.A.  
Av. Capitão João Bezerra, 484 Sala 4  
Rio de Janeiro - RJ - CEP 09301-410

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
19 MAI 2017  
Gente Seguradora S.A.  
Av. Capitão João Bezerra, 484 Sala 4  
Rio de Janeiro - RJ - CEP 09301-410





0012

## TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 21.015 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 05.05.1966 que aprova a CTPS. É o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos direitos perante a Justiça do Trabalho e, bem como, para a cobrança da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo ainda sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de dados contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta e qualificação das atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e guardá-la pois, além de conter o registro de sua vida profissional, a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade também como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO  
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.COV.BR

## MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

### CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PREV/PSOSP

128.54301.56-6

NUMERO

27.13462

SERIE

003-0

UF

RR

*Raimundo Leão Barreto*

RETRATO E IMPRIMA



## QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



RAIMUNDO LEÃO BARRETO

NOME RAIMUNDO RODRIGUES BARRETO

ELVINA BRASEL LEÃO

SEXO MASCULINO

NASCIMENTO 26/09/1972

ESTADO CIVIL SOLTEIRO

NATURALIDADE BOA VISTA - RR

DOCUMENTO R.G. 95200 SSP-RR 2809/2005

LEI Nº 9.048, DE 16 DE MAIO DE 1995

CPF 827.35.249-88

CMH

PROFISSÃO

TIPO ELEITOR

LOCAL DATA DE EMISSÃO ORTEIR 27/07/2008

## ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

INDICAÇÃO

DATA DE NASC. DE PARA DOCUMENTO

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

LEGENDA  
X - AUTOMÁTICA DE EMISSÃO DE DOCUMENTO DE IDENTIDADE  
Y - AUTOMÁTICA DE EMISSÃO DE DOCUMENTO DE IDENTIDADE  
Z - AUTOMÁTICA DE EMISSÃO DE DOCUMENTO DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
**CONTÉUDO NÃO VERIFICADO**  
~~19/04/2017~~  
**Gente Seguradora S.A.**  
Av. Capitão Julio Bezerra, 484, Sala 4  
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO  
05 JUN 2317  
Gente Seguradora S.A.  
Av. Capangas, 464, Sala 4  
Bairro Vila - RR - CEP 69304-310

# PROCURAÇÃO PARTICULAR



## OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: Raimundo Leão Barreto  
 Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Casado  
 Profissão: Pescador  
 Identidade: 85.203 CPF: 382.135.242-68  
 Endereço: R: Raimundo A Cavalcant Bairro: Aparecida  
 Cidade: Boa Vista CEP: 69.306-130

## OUTORGADO (Procurador)

Nome: Glória Helena Lacerda de Melo  
 Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Casada  
 Profissão: Corretora  
 Identidade: 488049 CPF: 421026772-59  
 Endereço: R: Antônio Augusto Martins, 343 Bairro: São Francisco  
 Cidade: Boa Vista CEP: 69.305-270

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representar-me 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 este Signatário, perante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a Seguradora Líder dos consórcios DPVAT ou perante 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 necessários para perfeito cumprimento deste mandato.

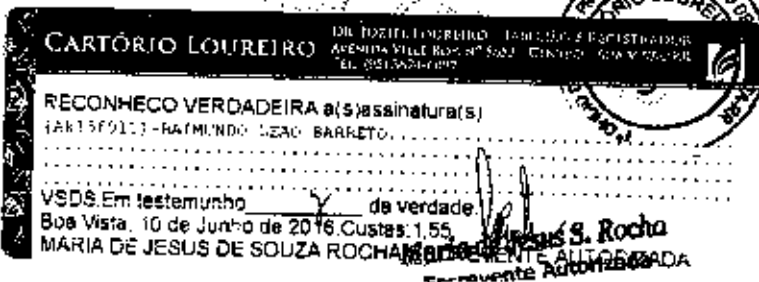
Local e data:

Boa Vista, 10 de Junho

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

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

Reconhecer firma da assinatura em cartório



## PROCURAÇÃO PARTICULAR



### OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: Raimundo Leão Barreto  
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Casado  
Profissão: Pescador  
Identidade: 85203 CPF: 382.135.242-68  
Endereço: R: Raimundo A. Casanovi Bairro: Apacizada  
Cidade: Boa Vista CEP: 69.306-430

### OUTORGADO (Procurador)

Nome: Onia Helena Fracalossi de Melo  
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Casada  
Profissão: Corretora  
Identidade: 488049 CPF: 421.026.772-79  
Endereço: R: Antônio Augusto Martins, 347 Bairro: São Francisco  
Cidade: Boa Vista CEP: 69.303-270

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representar-me 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:

Boa Vista 10 de junho de 2016.

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

Reconhecer firma da assinatura em cartório

**CARTÓRIO LOUREIRO** DR. JOZIEL LOUREIRO, TABELA REGISTRO 2011  
AVENIDA VILLE ROY Nº 5653 - CENTRO - BOA VISTA - PA  
TEL: (95) 3624-6977

PROTESTO E REGISTRO DE  
CARTÓRIO LOUREIRO

RECONHECO VERDADEIRA a(s) assinatura(s)  
[AKT1F011] - RAIMUNDO LEÃO BARRETO.

VSDS. Em testemunho Y da verdade.  
Boa Vista, 10 de Junho de 2016 Custas: 1,56  
MARIA DE JESUS DE SOUZA ROCHA Maria S. Rocha

# 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 EVERSÃO, ESTABILIDADE PRESERVADA, TESTES DE ROTAÇÃO SEM ANORMALIDADES, ARTICULAÇÕES METATARSOFALENGEAS, 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 EVERSÃO

**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 tíbia 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? ( X )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? ( X )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)? ( X )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