

# ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** **DILZA MARA DE SOUZA MELO**, Brasileira, Solteira, Professora, portadora do RG nº 143120 SSP/RR e inscrita no CPF sob nº 618.001.982-72 residente e domiciliada, nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Av. Jardim, nº 450 B03 AP 102. Bairro: Cidade Satelite, CEP: 69.317-458. Tel: (95) 99136-5411 / 99153.0525. E-mail: adrianomagave256@hotmail.com.

**Outorgado:** **Dr. MARLON TAVARES DANTAS**, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR 1832, OAB/PA 27.108-A, OAB/AM A1261, **Dra. ELINEIVA COSTA SILVA**, Brasileira, Solteira, Advogada OAB/RR 1743, **Dra. EDLANE LEÃO DE ALBUQUERQUE**, Brasileira, Solteira, Advogada OAB/RR 1950, ambos com o endereço profissional à Avenida General Ataíde Teive, nº 2748 - A - Bairro: Liberdade, CEP: 69309-000, Boa Vista/RR, Tel. (95) -99171-7145 / 99117-5392 (escritório), (95) -99129-6312 / 98108-7779 (pessoal), onde deverá receber intimações.

**Poderes específicos:** para representar o outorgante, concedendo-lhe poderes para representá-lo no que for necessário, assim como cláusula Geral de Foro, habilitando-o, a praticar todos os atos processuais, como toda e qualquer defesa, contestação em seu favor, podendo atuar em qualquer instância, tribunal ou Juizado Especial, com poderes da cláusula "ad judicium", bem como realizar todo e qualquer ato que seja necessário ao cabal cumprimento do presente mandato particular, inclusive subestabelecer, assim como, transigir, receber valores, inclusive alvará judicial, pedir Justiça Gratuita, assinar declaração de hipossuficiência econômica e dar quitação, podendo promover todos os demais atos processuais necessários até o final da liquidação de sentença, sendo que a título de honorários advocatícios pagarei ao advogado a importância equivalente a 30% (trinta por cento) do valor bruto do resultado da demanda, exclusivamente em caso de êxito da ação, dando à presente o caráter de contrato de honorários. Da **Gratuidade da Justiça**, em conformidade com a norma do artigo 105 da lei 13.105/2015.

BOA VISTA/RR, 03/10/2020

  
**DILZA MARA DE SOUZA MELO**

| MINISTÉRIO DO TRABALHO<br>E EMPREGO                                               |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------|
| CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL                                         |         |
| 160.26614.46-0                                                                    |         |
| 2953749                                                                           | 0040 RR |
| Julia Maria de Souza Melo                                                         |         |
|  |         |
|  |         |

**TRABALHADOR**

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela 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 seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção 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 anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

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

CONHECIONADA COM RECURSOS DO  
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

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

| QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO                                                                                |                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
|                            |                |
| <b>DILZA MARA DE SOUZA MELO</b>                                                                                |                |
| FILIAÇÃO.....: NILSON DE MELO<br>MARIA DE JESUS DE SOUSA                                                       |                |
| NASCIMENTO.....: 28/06/1977                                                                                    | SEXO: FEMININO |
| ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO                                                                                    |                |
| NATURALIDADE: BOA VISTA - RR                                                                                   |                |
| DOCUMENTO.....: R.G. 143.120 SESP RR 24/08/1993                                                                |                |
| LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995                                                                            |                |
| CPF.....: 618.001.982-72                                                                                       | CNH.....:      |
| TIT. ELEITOR: 001946692623                                                                                     | SEÇÃO: 0047    |
| ZONA: 003                                                                                                      |                |
| LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 27/03/2013                                                                    |                |
| <br>Assinatura do Titular |                |

| MULTIPLICAÇÃO DE INICIAL |       |
|--------------------------|-------|
| Nome                     | _____ |
| Documento                | _____ |
| Assinatura               | _____ |
| Nome                     | _____ |
| Documento                | _____ |
| Assinatura               | _____ |
| Nome                     | _____ |
| Documento                | _____ |
| Assinatura               | _____ |
| Nome                     | _____ |
| Documento                | _____ |
| Assinatura               | _____ |

03



# ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

**DILZA MARA DE SOUZA MELO**, Brasileira, Solteira, Professora, portadora do RG nº 143120 SSP/RR e inscrita no CPF sob nº 618.001.982-72 residente e domiciliada, nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Av. Jardim, nº 450 B03 AP 102, Bairro: Cidade Satelite, CEP: 69. 317-458.

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

Boa Vista/RR, 03 / 10 / 2020

*Dilza Mara de Souza Melo*  
\_\_\_\_\_  
**DILZA MARA DE SOUZA MELO**



# ADVOCACIA

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

**DILZA MARA DE SOUZA MELO**, Brasileira, Solteira, Professora, portadora do RG nº 143120 SSP/RR e inscrita no CPF sob nº 618.001.982-72 residente e domiciliada, nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Av. Jardim, nº 450 B03 AP 102. Bairro: Cidade Satellite, CEP: 69. 317-458.

**DECLARO** para os devidos fins de direito e em especial para obter os benefícios da Justiça Gratuita, na forma do art. 2º, § Único e art. 4º, § 1º, ambos da Lei nº 1.060/50, que não disponho de recursos que me permita demandar em Juízo, sem prejuízo de meu próprio sustento e de minha família.

E por ser a expressão da verdade, assino o presente e dou fê.

BOA VISTARR, 01 / 10 / 2020

  
DILZA MARA DE SOUZA MELO





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA  
DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 4070/2020 - Registrado em: 03/06/2020 às 11h 57min

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

Data/hora do Fato: 20/03/2020 às 16h 30min

**LOCAL DO FATO**

Município: BONFIM

Logradouro: BR 401

Bairro: CENTRO

Referência:

Complemento:

UF: RR

Nº: S/N

CEP:

Tipo de local: VIA RURAL

**ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE**

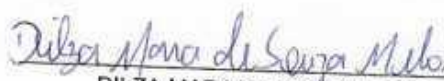
DILZA MARA DE SOUZA MELO(43), nascido(a) em 28/06/1977, sexo FEMININO, solteiro(a), exercendo a profissão de PROFESSOR(A), CPF Nº 618.001.982-72, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de MARIA DE JESUS DE SOUSA e NILSON DE MELO, endereço: JARDIM, Nº: 450, bairro: CIDADE SATELITE, BOA VISTA-RR, complemento: B03 AP102, Telefone: (95) 99136-5411.

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

COMUNICO QUE NO DIA 20/03/2020, ÀS 16:30H NA BR 401, EU TRAFEGAVA COMO GARUPA DA MOTOCICLETA YAMAHA/LANDER XTZ 250, DE PLACA NAS-5640, E CHASSI: 9C6KG021070002236, DE PROPRIEDADE DE LEANDRO DA SILVA BELO, E QUE TINHA COMO CONDUTOR O SR. ROBERTO DOS SANTOS NASCIMENTO, QUANDO EM UM DETERMINADO MOMENTO, BATEMOS EM UM BURACO EXISTENTE NA VIA E CAÍMOS. QUE O CONDUTOR DA MOTO TEVE ESCORIAÇÕES PELO CORPO, JÁ EU SOFRI FRATURA NO TORNOZELO E NOS DEDOS. QUE APÓS O ACIDENTE FICAMOS NA ESTRADA POR UM TEMPO AGUARDANDO POR SOCORRO. QUE FOMOS SOCORRIDOS POR TERCEIROS ATÉ O HGR PARA ATENDIMENTO MÉDICO. QUE O REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS  
DELEGADO DE POLÍCIA  
MATRÍCULA: 42000916  
ASSINADO ELETRONICAMENTE

VALDEMIR DE S. CONSTANTINO  
POLICIAL CIVIL  
MATRÍCULA: 42000887  
ASSINADO ELETRONICAMENTE

  
DILZA MARA DE SOUZA MELO  
COMUNICANTE



601-8

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
Secretaria de Estado da Saúde  
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação: ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.

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

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

2001232711 20/03/2020 20:57:17

**FICHA DE ATENDIMENTO** TRAUMATOLOGIA

Paciente: **DILZA MARA DE SOUZA MELO**  
Data Nascimento: **28/06/1977** Idade: **42 A 8 M 22 D** CNS: **704304512038595** CPF: **07 61800198272** Prontuário: **61800198272**

IDENTIDADE: **143120** Órgão Emissor: **SESP/RR** Data Emissão: **24/08/1993** Sexo: **F** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Raça/Cor: **BOA VISTA - RR** Nacionalidade: **BRASILEIRA**

Mãe: **MARIA DE JESUS DE SOUSA**  
Endereço: **RUA - AMAJARI - 231 - SAO VICENTE - BOA VISTA - RR**  
Pai: **NILSON DE MELO** Contato: **(95) 99154-7038**

Class. de Risco: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira: **PROFESSOR**

Motivo do Atendimento: **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento: **URGÊNCIA** Profissional do Atend.: **DEMANDA ESPONTANEA**

Selhor: **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada: **DEMANDA ESPONTANEA** Procedimento Sol.: **Procedência** Validade: **Temp.** Autorização: **Peso** Pressão: **Sis Prenatal**

Queixa Principal: **ACIDENTE DE MOTO** Registrado por: **MATHEUS ALVES**

Anamnese de Enfermagem: **ACIDENTE DE MOTO** ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h) **ACIDENTE DE MOTO, DEMANDA ESPONTANEA, EF DE EM TORNO DO (E), 4/10E, 5/10E, 6/10E, 7/10E, 8/10E, 9/10E, 10/10E, 11/10E, 12/10E, 13/10E, 14/10E, 15/10E, 16/10E, 17/10E, 18/10E, 19/10E, 20/10E, 21/10E, 22/10E, 23/10E, 24/10E, 25/10E, 26/10E, 27/10E, 28/10E, 29/10E, 30/10E, 31/10E, 1/11E, 2/11E, 3/11E, 4/11E, 5/11E, 6/11E, 7/11E, 8/11E, 9/11E, 10/11E, 11/11E, 12/11E, 13/11E, 14/11E, 15/11E, 16/11E, 17/11E, 18/11E, 19/11E, 20/11E, 21/11E, 22/11E, 23/11E, 24/11E, 25/11E, 26/11E, 27/11E, 28/11E, 29/11E, 30/11E, 1/12E, 2/12E, 3/12E, 4/12E, 5/12E, 6/12E, 7/12E, 8/12E, 9/12E, 10/12E, 11/12E, 12/12E, 13/12E, 14/12E, 15/12E, 16/12E, 17/12E, 18/12E, 19/12E, 20/12E, 21/12E, 22/12E, 23/12E, 24/12E, 25/12E, 26/12E, 27/12E, 28/12E, 29/12E, 30/12E, 31/12E, 1/1E, 2/1E, 3/1E, 4/1E, 5/1E, 6/1E, 7/1E, 8/1E, 9/1E, 10/1E, 11/1E, 12/1E, 13/1E, 14/1E, 15/1E, 16/1E, 17/1E, 18/1E, 19/1E, 20/1E, 21/1E, 22/1E, 23/1E, 24/1E, 25/1E, 26/1E, 27/1E, 28/1E, 29/1E, 30/1E, 31/1E, 1/2E, 2/2E, 3/2E, 4/2E, 5/2E, 6/2E, 7/2E, 8/2E, 9/2E, 10/2E, 11/2E, 12/2E, 13/2E, 14/2E, 15/2E, 16/2E, 17/2E, 18/2E, 19/2E, 20/2E, 21/2E, 22/2E, 23/2E, 24/2E, 25/2E, 26/2E, 27/2E, 28/2E, 29/2E, 30/2E, 31/2E, 1/3E, 2/3E, 3/3E, 4/3E, 5/3E, 6/3E, 7/3E, 8/3E, 9/3E, 10/3E, 11/3E, 12/3E, 13/3E, 14/3E, 15/3E, 16/3E, 17/3E, 18/3E, 19/3E, 20/3E, 21/3E, 22/3E, 23/3E, 24/3E, 25/3E, 26/3E, 27/3E, 28/3E, 29/3E, 30/3E, 31/3E, 1/4E, 2/4E, 3/4E, 4/4E, 5/4E, 6/4E, 7/4E, 8/4E, 9/4E, 10/4E, 11/4E, 12/4E, 13/4E, 14/4E, 15/4E, 16/4E, 17/4E, 18/4E, 19/4E, 20/4E, 21/4E, 22/4E, 23/4E, 24/4E, 25/4E, 26/4E, 27/4E, 28/4E, 29/4E, 30/4E, 31/4E, 1/5E, 2/5E, 3/5E, 4/5E, 5/5E, 6/5E, 7/5E, 8/5E, 9/5E, 10/5E, 11/5E, 12/5E, 13/5E, 14/5E, 15/5E, 16/5E, 17/5E, 18/5E, 19/5E, 20/5E, 21/5E, 22/5E, 23/5E, 24/5E, 25/5E, 26/5E, 27/5E, 28/5E, 29/5E, 30/5E, 31/5E, 1/6E, 2/6E, 3/6E, 4/6E, 5/6E, 6/6E, 7/6E, 8/6E, 9/6E, 10/6E, 11/6E, 12/6E, 13/6E, 14/6E, 15/6E, 16/6E, 17/6E, 18/6E, 19/6E, 20/6E, 21/6E, 22/6E, 23/6E, 24/6E, 25/6E, 26/6E, 27/6E, 28/6E, 29/6E, 30/6E, 31/6E, 1/7E, 2/7E, 3/7E, 4/7E, 5/7E, 6/7E, 7/7E, 8/7E, 9/7E, 10/7E, 11/7E, 12/7E, 13/7E, 14/7E, 15/7E, 16/7E, 17/7E, 18/7E, 19/7E, 20/7E, 21/7E, 22/7E, 23/7E, 24/7E, 25/7E, 26/7E, 27/7E, 28/7E, 29/7E, 30/7E, 31/7E, 1/8E, 2/8E, 3/8E, 4/8E, 5/8E, 6/8E, 7/8E, 8/8E, 9/8E, 10/8E, 11/8E, 12/8E, 13/8E, 14/8E, 15/8E, 16/8E, 17/8E, 18/8E, 19/8E, 20/8E, 21/8E, 22/8E, 23/8E, 24/8E, 25/8E, 26/8E, 27/8E, 28/8E, 29/8E, 30/8E, 31/8E, 1/9E, 2/9E, 3/9E, 4/9E, 5/9E, 6/9E, 7/9E, 8/9E, 9/9E, 10/9E, 11/9E, 12/9E, 13/9E, 14/9E, 15/9E, 16/9E, 17/9E, 18/9E, 19/9E, 20/9E, 21/9E, 22/9E, 23/9E, 24/9E, 25/9E, 26/9E, 27/9E, 28/9E, 29/9E, 30/9E, 31/9E, 1/10E, 2/10E, 3/10E, 4/10E, 5/10E, 6/10E, 7/10E, 8/10E, 9/10E, 10/10E, 11/10E, 12/10E, 13/10E, 14/10E, 15/10E, 16/10E, 17/10E, 18/10E, 19/10E, 20/10E, 21/10E, 22/10E, 23/10E, 24/10E, 25/10E, 26/10E, 27/10E, 28/10E, 29/10E, 30/10E, 31/10E, 1/11E, 2/11E, 3/11E, 4/11E, 5/11E, 6/11E, 7/11E, 8/11E, 9/11E, 10/11E, 11/11E, 12/11E, 13/11E, 14/11E, 15/11E, 16/11E, 17/11E, 18/11E, 19/11E, 20/11E, 21/11E, 22/11E, 23/11E, 24/11E, 25/11E, 26/11E, 27/11E, 28/11E, 29/11E, 30/11E, 31/11E, 1/12E, 2/12E, 3/12E, 4/12E, 5/12E, 6/12E, 7/12E, 8/12E, 9/12E, 10/12E, 11/12E, 12/12E, 13/12E, 14/12E, 15/12E, 16/12E, 17/12E, 18/12E, 19/12E, 20/12E, 21/12E, 22/12E, 23/12E, 24/12E, 25/12E, 26/12E, 27/12E, 28/12E, 29/12E, 30/12E, 31/12E, 1/13E, 2/13E, 3/13E, 4/13E, 5/13E, 6/13E, 7/13E, 8/13E, 9/13E, 10/13E, 11/13E, 12/13E, 13/13E, 14/13E, 15/13E, 16/13E, 17/13E, 18/13E, 19/13E, 20/13E, 21/13E, 22/13E, 23/13E, 24/13E, 25/13E, 26/13E, 27/13E, 28/13E, 29/13E, 30/13E, 31/13E, 1/14E, 2/14E, 3/14E, 4/14E, 5/14E, 6/14E, 7/14E, 8/14E, 9/14E, 10/14E, 11/14E, 12/14E, 13/14E, 14/14E, 15/14E, 16/14E, 17/14E, 18/14E, 19/14E, 20/14E, 21/14E, 22/14E, 23/14E, 24/14E, 25/14E, 26/14E, 27/14E, 28/14E, 29/14E, 30/14E, 31/14E, 1/15E, 2/15E, 3/15E, 4/15E, 5/15E, 6/15E, 7/15E, 8/15E, 9/15E, 10/15E, 11/15E, 12/15E, 13/15E, 14/15E, 15/15E, 16/15E, 17/15E, 18/15E, 19/15E, 20/15E, 21/15E, 22/15E, 23/15E, 24/15E, 25/15E, 26/15E, 27/15E, 28/15E, 29/15E, 30/15E, 31/15E, 1/16E, 2/16E, 3/16E, 4/16E, 5/16E, 6/16E, 7/16E, 8/16E, 9/16E, 10/16E, 11/16E, 12/16E, 13/16E, 14/16E, 15/16E, 16/16E, 17/16E, 18/16E, 19/16E, 20/16E, 21/16E, 22/16E, 23/16E, 24/16E, 25/16E, 26/16E, 27/16E, 28/16E, 29/16E, 30/16E, 31/16E, 1/17E, 2/17E, 3/17E, 4/17E, 5/17E, 6/17E, 7/17E, 8/17E, 9/17E, 10/17E, 11/17E, 12/17E, 13/17E, 14/17E, 15/17E, 16/17E, 17/17E, 18/17E, 19/17E, 20/17E, 21/17E, 22/17E, 23/17E, 24/17E, 25/17E, 26/17E, 27/17E, 28/17E, 29/17E, 30/17E, 31/17E, 1/18E, 2/18E, 3/18E, 4/18E, 5/18E, 6/18E, 7/18E, 8/18E, 9/18E, 10/18E, 11/18E, 12/18E, 13/18E, 14/18E, 15/18E, 16/18E, 17/18E, 18/18E, 19/18E, 20/18E, 21/18E, 22/18E, 23/18E, 24/18E, 25/18E, 26/18E, 27/18E, 28/18E, 29/18E, 30/18E, 31/18E, 1/19E, 2/19E, 3/19E, 4/19E, 5/19E, 6/19E, 7/19E, 8/19E, 9/19E, 10/19E, 11/19E, 12/19E, 13/19E, 14/19E, 15/19E, 16/19E, 17/19E, 18/19E, 19/19E, 20/19E, 21/19E, 22/19E, 23/19E, 24/19E, 25/19E, 26/19E, 27/19E, 28/19E, 29/19E, 30/19E, 31/19E, 1/20E, 2/20E, 3/20E, 4/20E, 5/20E, 6/20E, 7/20E, 8/20E, 9/20E, 10/20E, 11/20E, 12/20E, 13/20E, 14/20E, 15/20E, 16/20E, 17/20E, 18/20E, 19/20E, 20/20E, 21/20E, 22/20E, 23/20E, 24/20E, 25/20E, 26/20E, 27/20E, 28/20E, 29/20E, 30/20E, 31/20E, 1/21E, 2/21E, 3/21E, 4/21E, 5/21E, 6/21E, 7/21E, 8/21E, 9/21E, 10/21E, 11/21E, 12/21E, 13/21E, 14/21E, 15/21E, 16/21E, 17/21E, 18/21E, 19/21E, 20/21E, 21/21E, 22/21E, 23/21E, 24/21E, 25/21E, 26/21E, 27/21E, 28/21E, 29/21E, 30/21E, 31/21E, 1/22E, 2/22E, 3/22E, 4/22E, 5/22E, 6/22E, 7/22E, 8/22E, 9/22E, 10/22E, 11/22E, 12/22E, 13/22E, 14/22E, 15/22E, 16/22E, 17/22E, 18/22E, 19/22E, 20/22E, 21/22E, 22/22E, 23/22E, 24/22E, 25/22E, 26/22E, 27/22E, 28/22E, 29/22E, 30/22E, 31/22E, 1/23E, 2/23E, 3/23E, 4/23E, 5/23E, 6/23E, 7/23E, 8/23E, 9/23E, 10/23E, 11/23E, 12/23E, 13/23E, 14/23E, 15/23E, 16/23E, 17/23E, 18/23E, 19/23E, 20/23E, 21/23E, 22/23E, 23/23E, 24/23E, 25/23E, 26/23E, 27/23E, 28/23E, 29/23E, 30/23E, 31/23E, 1/24E, 2/24E, 3/24E, 4/24E, 5/24E, 6/24E, 7/24E, 8/24E, 9/24E, 10/24E, 11/24E, 12/24E, 13/24E, 14/24E, 15/24E, 16/24E, 17/24E, 18/24E, 19/24E, 20/24E, 21/24E, 22/24E, 23/24E, 24/24E, 25/24E, 26/24E, 27/24E, 28/24E, 29/24E, 30/24E, 31/24E, 1/25E, 2/25E, 3/25E, 4/25E, 5/25E, 6/25E, 7/25E, 8/25E, 9/25E, 10/25E, 11/25E, 12/25E, 13/25E, 14/25E, 15/25E, 16/25E, 17/25E, 18/25E, 19/25E, 20/25E, 21/25E, 22/25E, 23/25E, 24/25E, 25/25E, 26/25E, 27/25E, 28/25E, 29/25E, 30/25E, 31/25E, 1/26E, 2/26E, 3/26E, 4/26E, 5/26E, 6/26E, 7/26E, 8/26E, 9/26E, 10/26E, 11/26E, 12/26E, 13/26E, 14/26E, 15/26E, 16/26E, 17/26E, 18/26E, 19/26E, 20/26E, 21/26E, 22/26E, 23/26E, 24/26E, 25/26E, 26/26E, 27/26E, 28/26E, 29/26E, 30/26E, 31/26E, 1/27E, 2/27E, 3/27E, 4/27E, 5/27E, 6/27E, 7/27E, 8/27E, 9/27E, 10/27E, 11/27E, 12/27E, 13/27E, 14/27E, 15/27E, 16/27E, 17/27E, 18/27E, 19/27E, 20/27E, 21/27E, 22/27E, 23/27E, 24/27E, 25/27E, 26/27E, 27/27E, 28/27E, 29/27E, 30/27E, 31/27E, 1/28E, 2/28E, 3/28E, 4/28E, 5/28E, 6/28E, 7/28E, 8/28E, 9/28E, 10/28E, 11/28E, 12/28E, 13/28E, 14/28E, 15/28E, 16/28E, 17/28E, 18/28E, 19/28E, 20/28E, 21/28E, 22/28E, 23/28E, 24/28E, 25/28E, 26/28E, 27/28E, 28/28E, 29/28E, 30/28E, 31/28E, 1/29E, 2/29E, 3/29E, 4/29E, 5/29E, 6/29E, 7/29E, 8/29E, 9/29E, 10/29E, 11/29E, 12/29E, 13/29E, 14/29E, 15/29E, 16/29E, 17/29E, 18/29E, 19/29E, 20/29E, 21/29E, 22/29E, 23/29E, 24/29E, 25/29E, 26/29E, 27/29E, 28/29E, 29/29E, 30/29E, 31/29E, 1/30E, 2/30E, 3/30E, 4/30E, 5/30E, 6/30E, 7/30E, 8/30E, 9/30E, 10/30E, 11/30E, 12/30E, 13/30E, 14/30E, 15/30E, 16/30E, 17/30E, 18/30E, 19/30E, 20/30E, 21/30E, 22/30E, 23/30E, 24/30E, 25/30E, 26/30E, 27/30E, 28/30E, 29/30E, 30/30E, 31/30E, 1/31E, 2/31E, 3/31E, 4/31E, 5/31E, 6/31E, 7/31E, 8/31E, 9/31E, 10/31E, 11/31E, 12/31E, 13/31E, 14/31E, 15/31E, 16/31E, 17/31E, 18/31E, 19/31E, 20/31E, 21/31E, 22/31E, 23/31E, 24/31E, 25/31E, 26/31E, 27/31E, 28/31E, 29/31E, 30/31E, 31/31E, 1/32E, 2/32E, 3/32E, 4/32E, 5/32E, 6/32E, 7/32E, 8/32E, 9/32E, 10/32E, 11/32E, 12/32E, 13/32E, 14/32E, 15/32E, 16/32E, 17/32E, 18/32E, 19/32E, 20/32E, 21/32E, 22/32E, 23/32E, 24/32E, 25/32E, 26/32E, 27/32E, 28/32E, 29/32E, 30/32E, 31/32E, 1/33E, 2/33E, 3/33E, 4/33E, 5/33E, 6/33E, 7/33E, 8/33E, 9/33E, 10/33E, 11/33E, 12/33E, 13/33E, 14/33E, 15/33E, 16/33E, 17/33E, 18/33E, 19/33E, 20/33E, 21/33E, 22/33E, 23/33E, 24/33E, 25/33E, 26/33E, 27/33E, 28/33E, 29/33E, 30/33E, 31/33E, 1/34E, 2/34E, 3/34E, 4/34E, 5/34E, 6/34E, 7/34E, 8/34E, 9/34E, 10/34E, 11/34E, 12/34E, 13/34E, 14/34E, 15/34E, 16/34E, 17/34E, 18/34E, 19/34E, 20/34E, 21/34E, 22/34E, 23/34E, 24/34E, 25/34E, 26/34E, 27/34E, 28/34E, 29/34E, 30/34E, 31/34E, 1/35E, 2/35E, 3/35E, 4/35E, 5/35E, 6/35E, 7/35E, 8/35E, 9/35E, 10/35E, 11/35E, 12/35E, 13/35E, 14/35E, 15/35E, 16/35E, 17/35E, 18/35E, 19/35E, 20/35E, 21/35E, 22/35E, 23/35E, 24/35E, 25/35E, 26/35E, 27/35E, 28/35E, 29/35E, 30/35E, 31/35E, 1/36E, 2/36E, 3/36E, 4/36E, 5/36E, 6/36E, 7/36E, 8/36E, 9/36E, 10/36E, 11/36E, 12/36E, 13/36E, 14/36E, 15/36E, 16/36E, 17/36E, 18/36E, 19/36E, 20/36E, 21/36E, 22/36E, 23/36E, 24/36E, 25/36E, 26/36E, 27/36E, 28/36E, 29/36E, 30/36E, 31/36E, 1/37E, 2/37E, 3/37E, 4/37E, 5/37E, 6/37E, 7/37E, 8/37E, 9/37E, 10/37E, 11/37E, 12/37E, 13/37E, 14/37E, 15/37E, 16/37E, 17/37E, 18/37E, 19/37E, 20/37E, 21/37E, 22/37E, 23/37E, 24/37E, 25/37E, 26/37E, 27/37E, 28/37E, 29/37E, 30/37E, 31/37E, 1/38E, 2/38E, 3/38E, 4/38E, 5/38E, 6/38E, 7/38E, 8/38E, 9/38E, 10/38E, 11/38E, 12/38E, 13/38E, 14/38E, 15/38E, 16/38E, 17/38E, 18/38E, 19/38E, 20/38E, 21/38E, 22/38E, 23/38E, 24/38E, 25/38E, 26/38E, 27/38E, 28/38E, 29/38E, 30/38E, 31/38E, 1/39E, 2/39E, 3/39E, 4/39E, 5/39E, 6/39E, 7/39E, 8/39E, 9/39E, 10/39E, 11/39E, 12/39E, 13/39E, 14/39E, 15/39E, 16/39E, 17/39E, 18/39E, 19/39E, 20/39E, 21/39E, 22/39E, 23/39E, 24/39E, 25/39E, 26/39E, 27/39E, 28/39E, 29/39E, 30/39E, 31/39E, 1/40E, 2/40E, 3/40E, 4/40E, 5/40E, 6/40E, 7/40E, 8/40E, 9/40E, 10/40E, 11/40E, 12/40E, 13/40E, 14/40E, 15/40E, 16/40E, 17/40E, 18/40E, 19/40E, 20/40E, 21/40E, 22/40E, 23/40E, 24/40E, 25/40E, 26/40E, 27/40E, 28/40E, 29/40E, 30/40E, 31/40E, 1/41E, 2/41E, 3/41E, 4/41E, 5/41E, 6/41E, 7/41E, 8/41E, 9/41E, 10/41E, 11/41E, 12/41E, 13/41E, 14/41E, 15/41E, 16/41E, 17/41E, 18/41E, 19/41E, 20/41E, 21/41E, 22/41E, 23/41E, 24/41E, 25/41E, 26/41E, 27/41E, 28/41E, 29/41E, 30/41E, 31/41E, 1/42E, 2/42E, 3/42E, 4/42E, 5/42E, 6/42E, 7/42E, 8/42E, 9/42E, 10/42E, 11/42E, 12/42E, 13/42E, 14/42E, 15/42E, 16/42E, 17/42E, 18/42E, 19/42E, 20/42E, 21/42E, 22/42E, 23/42E, 24/42E, 25/42E, 26/42E, 27/42E, 28/42E, 29/42E, 30/42E, 31/42E, 1/43E, 2/43E, 3/43E, 4/43E, 5/43E, 6/43E, 7/43E, 8/43E, 9/43E, 10/43E, 11/43E, 12/43E, 13/43E, 14/43E, 15/43E, 16/43E, 17/43E, 18/43E, 19/43E, 20/43E, 21/43E, 22/43E, 23/43E, 24/43E, 25/43E, 26/43E, 27/43E, 28/43E, 29/43E, 30/43E, 31/43E, 1/44E, 2/44E, 3/44E, 4/44E, 5/44E, 6/44E, 7/44E, 8/44E, 9/44E, 10/44E, 11/44E, 12/44E, 13/44E, 14/44E, 15/44E, 16/44E, 17/44E, 18/44E, 19/44E, 20/44E, 21/44E, 22/44E, 23/44E, 24/44E, 25/44E, 26/44E, 27/44E, 28/44E, 29/44E, 30/44E, 31/44E, 1/45E, 2/45E, 3/45E, 4/45E, 5/45E, 6/45E, 7/45E, 8/45E, 9/45E, 10/45E, 11/45E, 12/45E, 13/45E, 14/45E, 15/45E, 16/45E, 17/45E, 18/45E, 19/45E, 20/45E, 21/45E, 22/45E, 23/45E, 24/45E, 25/45E, 26/45E, 27/45E, 28/45E, 29/45E, 30/45E, 31/45E, 1/46E, 2/46E, 3/46E, 4/46E, 5/46E, 6/46E, 7/46E, 8/46E, 9/46E, 10/46E, 11/46E, 12/46E, 1**

**BLOCO F**

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

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

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HGR

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HGR

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE: Alto 23.03.2020

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 7104304512038595

8 - DATA DE NASCIMENTO: 28/06/1977

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 128755

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: maria da fátima da souza

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Rua Amajari 231 São Vicente

11 - TELEFONE DE CONTATO: 95991154203

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: BV

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO: 212

15 - UF: 212

16 - CEP: 212

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Fx TNZ + Fx 2,3 + 4<sup>o</sup> MTT ©

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: tra - cir.

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Rx - anormal e ex. físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Fx TNZ + MTT

21 - CID 10 PRINCIPAL: 20/03/20

22 - CID 10 SECUNDÁRIO: 20/03/20

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: 20/03/20

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Infu no 20

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 20/03/20

26 - CLÍNICA: 20/03/20

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: 20/03/20

28 - DOCUMENTO: 20/03/20

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 20/03/20

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Dr. Leonardo Rabelo

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 20/03/20

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Dr. Leonardo Rabelo

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

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

**AUTORIZAÇÃO**

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 20/03/20

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): 0308010019

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 5828 T068

L 601-08

VERM. 01



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

HC

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE *Diogo M. do S. Melo*

DIAGNÓSTICO *Fr. TUB + Fr. MTT (E)*

ALERGIAS **NEGA**

HAS

**NEGA**

DM2

**NEGA**

IDADE

LEITO

DATA

21/3/2020

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

2 ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

5 DIPIRONA 1G EV 6/6H SN

6 TRAMAL 100mg+SF 0.9% EV OU 01 CP VO 8/8h SE DOR INTENSA *12:55 06/10*

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

8 RANITIDINA 50MG EV 8/8HS S/N

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

10 SSVV + CCGG 6/6 H

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

14

15

16

17

18

19

20

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

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA.  
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA.  
EUPNEICO, LOTE, BEG.  
AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

**SINAIS VITAIS**

6 H

12 H

18 H

24 H

*91x61 75 16 35.6°C*

*120x90 70 20 36.9°C*



Fábio Manduca  
CORENRR 12.450

*100h  
PA-120x70  
FC-80  
TA-36°*

*23:00  
PA: 90x60  
FC: 72  
TAX: 36°C  
Diurex: +*

*06:00  
PA:  
FC:  
TAX:*

*Doc. está sem queixas.  
Realizado SSVV,  
não houve medições  
proximal com monitor  
PI o furo recente  
(SN) e não houve nemidol  
na Medica Test Costa*

L601-8

GOVERNO DE RORAIMA  
Hospital Geral de Roraima

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

HGR  
Hospital Geral  
de Roraima

|                                                                                                                                                                                                                                      |                                                              |            |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------|----|
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                     |                                                              | DIH        | DN |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                                             |                                                              |            |    |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                          |                                                              |            |    |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                             |                                                              |            |    |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                | HAS                                                          | DM2        |    |
| LEITO                                                                                                                                                                                                                                | DATA                                                         | 22/08/2020 |    |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                 | HORÁRIO                                                      |            |    |
| 1                                                                                                                                                                                                                                    | DIETA ORAL LIVRE                                             |            |    |
| 2                                                                                                                                                                                                                                    | AVP                                                          |            |    |
| 3                                                                                                                                                                                                                                    | DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H                           |            |    |
| 4                                                                                                                                                                                                                                    | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA                                 |            |    |
| 5                                                                                                                                                                                                                                    | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                                      |            |    |
| 6                                                                                                                                                                                                                                    | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR |            |    |
| 7                                                                                                                                                                                                                                    | SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N                  |            |    |
| 8                                                                                                                                                                                                                                    | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG          |            |    |
| 9                                                                                                                                                                                                                                    | TILATIL 20MG EV 12/12H                                       |            |    |
| 10                                                                                                                                                                                                                                   |                                                              |            |    |
| 11                                                                                                                                                                                                                                   |                                                              |            |    |
| 12                                                                                                                                                                                                                                   | SSVV + CCGG 6/6H                                             |            |    |
| 13                                                                                                                                                                                                                                   |                                                              |            |    |
| 14                                                                                                                                                                                                                                   |                                                              |            |    |
| <p><b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br/>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br/>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br/>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p> |                                                              |            |    |

## EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,  
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,  
HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS.

| SINAIS VITAIS |        |    |    |       |
|---------------|--------|----|----|-------|
| 6 H           | PA     | FC | FR | Temp  |
| 12 H          | 133X86 | 67 | 18 | 37    |
| 18 H          | 136X86 | 70 | 18 | 36.6  |
| 24 H          | 140X70 | 70 | 20 | 36.5C |

Pedro Roberto Echeverri Jure  
Médico CRM 1938

Fábio Marinho  
CORENRR 126.111

103 06:00 Pac: 130X70 mmHg, P: 80, C: 16, Tax: 35,9C

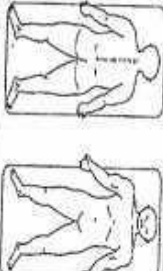
06:00 Paciente no leito, calma, orientado, sem queixas

Fábio Marinho  
CORENRR 126.111

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brig. Eduardo Schimidt, 2011  
Novo Planalto - Tel: (68) 3121-0620  
AUTENTICAÇÃO  
13 MAI 2021  
Certifico e dou fé que a presente  
cópia é fiel reprodução Original  
que foi apresentado neste Hospital

## EVOLUÇÃO DO CURATIVO

|                                                                                     |                                                           |                     |                         |                    |                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------|--------------------|--------------------|
|  | Núcleo de Enfermagem em<br>Tratamento de Feridas -<br>HGR | Protocolo nº 1      | Versão: 08              | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 2/2020 |
|                                                                                     | Paciente: <u>Dilza Maria de Souza Melo</u>                | Leito: <u>604.8</u> | Data: <u>22/03/2020</u> |                    |                    |

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Localização                             |                                                                                                                                                                                                                                                        | Região: <u>Mic</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                           | Região: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Etiologia                               | <input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular<br><input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <u>Tração</u> <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia<br>Outro: _____ | Grau: I ( ) II ( )<br><input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização<br><input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____<br><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br>Outro: _____ | <input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular<br><input type="checkbox"/> Trauma: <u>Tração</u> <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia<br>Outro: _____ | Grau: I ( ) II ( )<br><input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização<br><input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____<br><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br>Outro: _____ |
| Aparência do Leito                      | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco<br>Outro: _____                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco<br>Outro: _____                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Pele Perifereira                        | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br>Outro: <u>Atadura + esparadrapo</u>                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br>Outro: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Quantidade de Exsudato                  | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br>Outro: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br>Outro: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Cobertura primária                      | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br>Outro: _____                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br>Outro: _____                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Troca                                   | <input type="checkbox"/> 12/12                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 48/48h                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 12/12                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 48/48h                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Profissional que realizou procedimento: | Adonilde Vieira Araújo<br>Técnica em Enfermagem<br>CREA-PR 5511-9/2013<br>CREA-PR 5511-9/2013<br>CREA-PR 5511-9/2013                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Observações:                            | GOREN-PR 5511-9/2013<br>GOREN-PR 5511-9/2013<br>GOREN-PR 5511-9/2013                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                 |      |          |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------|----------|--|--|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                                                                                |                                                                 |      |          |  |  |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                                                                          |                                                                 |      |          |  |  |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                 |      |          |  |  |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                 | DIH  | DN       |  |  |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                      | Dilma / Marlon de S. M. L.                                      |      |          |  |  |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                                                   | 5.º INJ. 0 2, 3, 4.º INJ.                                       |      |          |  |  |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                 |      |          |  |  |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                                         | HAS                                                             | DM2  |          |  |  |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                          | LEITO                                                           | DATA | 23/03/20 |  |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                             | DIETA ORAL LIVRE                                                |      |          |  |  |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                             | AVP                                                             |      |          |  |  |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                             | DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H                              |      |          |  |  |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                             | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA                                    |      |          |  |  |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                             | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                                         |      |          |  |  |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                             | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN |      |          |  |  |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                             | SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N                     |      |          |  |  |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                             | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG             |      |          |  |  |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                             | TILATIL 20MG EV 12/12H                                          |      |          |  |  |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                            | AVP                                                             |      |          |  |  |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                 |      |          |  |  |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                            | SSVV + CCGG 6/6H                                                |      |          |  |  |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                 |      |          |  |  |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                 |      |          |  |  |
| <p><b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),</b><br/> <b>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;</b><br/> <b>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70' DL/ML, GLICOSE</b><br/> <b>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b></p> |                                                                 |      |          |  |  |
| <b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                 |      |          |  |  |
| # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.                                                                                                                       |                                                                 |      |          |  |  |
| # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS...                                                                                                                             |                                                                 |      |          |  |  |
| <p><i>Exame Lab. urina + Rx FCB</i><br/> <i>Exame, Curva</i></p>                                                                                                                                                                                              |                                                                 |      |          |  |  |
| <b>SINAIS VITAIS</b>                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                 |      |          |  |  |
| 6 H                                                                                                                                                                                                                                                           | PA                                                              | FC   | FR       |  |  |
| 12 H                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                 |      |          |  |  |
| 18 H                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                 |      |          |  |  |
| 24 H                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                 |      |          |  |  |



## SINISTRO 3200262786 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** DILZA MARA DE SOUZA MELO  
**COBERTURA** Invalidez  
**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** GENTE SEGURADORA S/A  
**BENEFICIÁRIO** DILZA MARA DE SOUZA MELO  
**CPF/CNPJ:** 61800198272  
**Posição em 01-10-2020 09:42:01**

Seu pedido de indenização está em análise na Seguradora Líder-DPVAT.  
O prazo regulamentar para conclusão da análise é de até 30 dias, caso a documentação esteja completa e não haja necessidade de informações adicionais. Por favor, aguarde e continue acompanhando o processo neste site.

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total |
|-------------------|----------------------|------------------|-------------|
| 29/09/2020        | R\$ 945,00           | R\$ 0,00         | R\$ 945,00  |