

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início Ações 1º Grau Ações 2º Grau Parecer Citações Intimações Audiências Sessões 2º Grau Buscas Estatísticas Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2923446820201130180905

Processo 0828211-69.2020.8.23.0010 ☆ - (29 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9996 - Acidente de Trânsito

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de: ☐ Magistrado ☐ Servidor ☐ Advogado ☐ Membro MP ☐ Defensor ☐ Procurador ☐ Outros ☐ Audiência

Ocultar Movimentos: ☐ Inválidos ☐ Sem Arquivo ☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por: ☐ Advogado ☐ Advogado NPJ ☐ Entidades Remessa ☐ Magistrado ☐ Procurador ☐ Servidor

Sequencial(Intervalo): ao **Data do Movimento(Período):** à

Descrição:

9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9

500 por pág.

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<input type="checkbox"/>	9	30/11/2020 18:09:05 JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
<div><div>9.1 Arquivo: Petição</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>2766518CONTESTACAO01.pdf</div><div>Público</div></div> <div><div>9.2 Arquivo: DOCS</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>2766518CONTESTACAOAnexo02.pdf</div><div>Público</div></div> <div><div>9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>KITSEGURADORALIDER.pdf</div><div>Público</div></div>			
8	23/11/2020 00:01:13	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de KEVIN DA SILVA CALIXTO) em 23/11/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) DETERMINADA A EXPEDIÇÃO DE MANDADO DE CITAÇÃO / INTIMAÇÃO (05/11/2020) e ao evento de expedição seq. 7.	SISTEMA CNJ
7	11/11/2020 12:56:56	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de KEVIN DA SILVA CALIXTO com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) DETERMINADA A EXPEDIÇÃO DE MANDADO DE CITAÇÃO / INTIMAÇÃO (05/11/2020)	Arielly Né de Almeida Analista Judiciária
<input type="checkbox"/>	6	05/11/2020 20:35:30 DETERMINADA A EXPEDIÇÃO DE MANDADO DE CITAÇÃO / INTIMAÇÃO	DANIEL DAMASCENO AMORIM DOUGLAS Magistrado
5	01/11/2020 16:41:59	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	01/11/2020 16:41:59	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	01/11/2020 16:41:59	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	01/11/2020 16:41:59	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 5ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
<input type="checkbox"/>	1	01/11/2020 16:41:58 JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	VICTÓRIA FRACALOSSI DE MELO Advogado



Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **KELVIN DA SILVA CALIXTO**

Nº Sinistro: **3180339927**
Vitima: **KELVIN DA SILVA CALIXTO**
Data do Acidente: **15/04/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **TANIA HELENA FRACALLOSSI DE MELO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180339927**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13144364



Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: KELVIN DA SILVA CALIXTO

Nº Sinistro: 3180339927
Vítima: KELVIN DA SILVA CALIXTO
Data do Acidente: 15/04/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: TANIA HELENA FRACALLOSSI DE MELO

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180339927**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **15/04/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00581/00582 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13274206

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJSME DDT2F 85L8X R3AXK





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

002.489.412-59

Nome completo da vítima

Kelvin da Silva Calixto

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
Kelvin da Silva Calixto		002.489.412-59		Estudante	
Endereço		Número		Complemento	
Rua: macusa		159			
Bairro	Cidade	Estado	CEP	Telefone (DDD)	
Novo J. Aparecida	Boa Vista	Roraima	69.300-310	95/99112-8775	
Email					

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	DIV.	CONTA NRO.	DIV.
0053		006.026	7
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
		AGÊNCIA NRO.	DIV.
		(Informar dígito se existir)	
		CONTA NRO.	DIV.
		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Boa Vista, 12 de junho de 2018

Local e Data

Kelvin da Silva Calixto

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

Salvina
GENTE SEGURADORA S/A

Av. Castelo do Sol, 484 - Boa Vista - RR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 016095/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 15/04/2018 06:43 Data/Hora Fim: 15/04/2018 06:59
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 808572 Data: 15/04/2018
Delegado de Polícia: Clayton Alexandre Ellwanger

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 15/04/2018 02:24

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: RUA MACUXI COM A RUA JOÃO XXIII

Bairro: Nossa Senhora

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1475: Acidente de trânsito sem vítima - Colisão com objeto móvel	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome: MELQUIS COSTA PORTO (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Idade: 39

Profissão: Policial Militar

Estado Civil: Sem Informação

Raça/Cor: Sem Informação

Nome da Mãe: Sem Informação

Documento(s)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome: KELVI DA SILVA CALIXTO (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Profissão: Estudante

Estado Civil: Solteiro(a)

Raça/Cor: Sem Informação

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA MACUXI

Bairro: APARECIDA

Sexo: Masculino

Idade: 25

Nome: GLEYDSON DA SILVA NOGUEIRA (CONDUTOR, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Profissão: Motorista de Caminhão

Estado Civil: Casado(a)

Raça/Cor: Sem Informação

Endereço

Sexo: Masculino

Idade: 44



Delegado de Polícia Civil: Clayton Alexandre Ellwanger
Impresso por: Givanildo da Silva Vieira
Data de Impressão: 16/05/2018 10:31
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 016095/2018

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA TENENTE CICERO

Bairro: APARECIDA

Nº: 450

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa NAX7160	Número do Chassi 30396
Ano/Modelo Fabricação 2010/2009	Cor ROXA
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo YAMAHA/FACTOR YBR125 E	Modelo YAMAHA/FACTOR YBR125 E
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido

Gleydson da Silva Nogueira

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

SENHOR DELEGADO A GUARNIÇÃO DA PM VEM INFORMAR, QUE FORAM ACIONADOS VIA CIOPS PARA ATENDER UM ACIDENTE DE TRANSITO NO ENDEREÇO ACIMA CITADO; QUE NO LOCAL FOI CONSTATADO O SINISTRO ONDE SE ENCONTRAVA OS ITENS 01, GLEYDSON E O ITEM 02, KELVI; QUE FORAM INFORMADOS PELO ITEM 01, QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA, NA RUA MACUXI, SENTIDO BAIRRO 31 DE MARÇO, QUANDO AO CHEGAR NO CRUZAMENTO ACIMA CITADO, FOI COLIDIDO POR UMA PICAPE GM S 10, QUE NÃO SOUBE INFORMAR A COR E NEM A PLACA, QUE TRAFEGAVA NA RUA JOÃO XXIII, SENTIDO BAIRRO/CENTRO, QUE APÓS A COLISÃO O CONDUTOR DA GM/S10 FUGIU DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO AOS ITENS 01 E 02; QUE A PERÍCIA NÃO FOI ACIONADA POR TER SIDO VIOLADO O LOCAL; QUE A MOTOCICLETA DO ITEM 01, FOI NOTIFICADA E RECOLHIDA AO PÁTIO DO CRD; QUE OS ITEM 01 E 02 FORAM ATENDIDOS PELO SAMU E CONDUZIDOS AO PSE; QUE OS ITENS 01 E 02 APARENTAVAM TER INGERIDO BEBIDA ALCOÓLICA. É O RELATO.

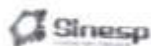
ASSINATURAS

Luiz Eduardo de Oliveira Cruz
Responsável pelo Atendimento

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(s) responsável pelas informações acima assertidas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que do origem, conforme previsto nos Artigos 338-Denúncia Caluniosa e 342-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



DAT -
Confere com original
Data: 16 / 05 / 2018
Gioanildo da Silva Vieira
Assinatura
Gioanildo da Silva Vieira
Agente Carcerária de Polícia Civil
Mat. 042000908



Delegado de Polícia Civil Clayton Alexandre Ellwanger
Impresso por: Givanildo da Silva Vieira
Data de Impressão: 16/05/2018 10:31
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPE - Sistema de Procedimentos de Polícia

PMRR - CIPTUR				SÉRIE J			
RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL				Nº 808572			
Vlr 107	SUCp CIPTUR	Data 15/04/18	S/Setor LESTE	H/Transm 02:24	H/Ini 02:24	CH/H 02:41	H/Fim 04:30
Cód. Oc. 1001/1003		Cód. Prov. 13005/13999		Cód. Ser. Prest. XXXXXXX		Km/Ini 33453	Km/Fim 33491
LOCAL DE OCORRÊNCIA							
Rua: RUA MACUXI C/ RUA JOÃO XXIII				Bairro: APARECIDA		Refs.: CRUZAMENTO	
PESSOAS RELACIONADAS							
1 MOTOQUEIRO Nome: GLEYDSON DA SILVA NOGUEIRA Idade: 44 A E. Civil: CASADO							
Endereço: RUA TENENTE CICERO, 450 APARECIDA							
Edt. R.G. NÃO PORTAVA CNH NÃO POTAVA Profissão: CAMIONEIRO							
2 GARUPA Nome: KELVI DA SILVA CALIXTO Idade: 25 E. Civil: SOLTEIRO							
Endereço: RUA MACUXI, 159 APARECIDA							
Edt. R.G. NÃO PORTAVA CNH XXXXXXXXXXXXX Profissão: ESTUDANTE							
3 Nome: Idade: E. Civil:							
Endereço:							
Edt. R.G. CNH Profissão:							
4 Nome: Idade: E. Civil:							
Endereço:							
Edt. R.G. CNH Profissão:							
VEÍCULOS E DANOS							
V1 - YAMAHA YBR FACTOR DE COR ROXA DE PLACA NAX 7160 - DANOS: PARCIALMENTE DESTRUÍDA.							
RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA NOTADO (S): NÃO houve conduzidos e/ou apreendidos.							
ASSINATURA		CARGO		LOCAL			
		APC		1º DP			
HISTÓRICO							
<p>Senhor delegado, fomos acionados via CIOPS para atender um acidente de trânsito no endereço acima citado. No local foi constatado o sinistro onde se encontrava os ITENS 01 e 02. Fomos informados pelo ITEM 01 que ele conduzia a MOTOCICLETA YAMAHA YBR FACTOR DE COR ROXA DE PLACA NAX 7160, na Rua Macuxi sentido Bairro 31 de Março, quando ao chegar no cruzamento acima citado foi colidido por uma picape GM S10 que não soube informar a cor e nem a placa, que trafegava na Rua João XXIII sentido Bairro/Centro; Que após a colisão o condutor da GM S10 fugiu do local sem prestar socorro aos ITENS 01 e 02; Que a perícia não foi acionada por ter sido violado o local; Que a motocicleta do ITEM do 01 foi notificada e recolhida ao pátio do CRD; Os ITENS 01 e 02 foram atendidos pelo SAMU e conduzidos para o PSE pelos os mesmo; Que os ITENS 01 e 02 aparentavam ter ingerido bebida alcoólica.</p> <p>Era o que tinha relatar.</p>							
		40.319-9		SGT/PM		CIPTUR	
MELQUIS COSTA PORTO		Nº		Posto/Gratuação		SUOp	

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

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



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Kelvin da Silva Calisto

CPF da Vítima

002.489.512-99

Data do Acidente

15/04/18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S/A
R. Casarão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RS

Boa Vista, 12 de Junho de 2018

Local e Data

Kelvin da Silva Calisto

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

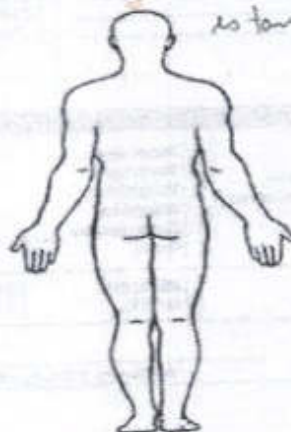


DESTINO	Atendido no local Trauma HGR Pronto Atendimento Coronel Mota	Cosme e Silva HCSA Maternidade Outros	ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 24 JUL 2018 GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Bizarra, 484 - Boa Vista - RR
INTERVENÇÃO DO PACIENTE	Descrição: Nome do Receptor: Função do Receptor: Assinatura do Receptor:		
TERMO DE RECUS	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade: Assinatura do Paciente: _____ RG: _____		

Lesões no to e cano. Encontra paciente caído em via pública, sem
pode, no solo de sua tla. Testemunhos relatam perda de consciência
no local.
Acusado grave da BRASOS. Paciente apresenta uma extensa lesão no pé
na região da pelve (Provável trauma na pelve?).

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
Adulto		Menores de 5 anos		Escala		Escala	
Abertura Ocular	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4	Frequência Respiratória (por / min)	10 - 24	4	
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3		25 - 35	3	
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2		> 35	2	
	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1		01 - 08	1	
					0	0	
Melhor Resposta Verbal	Orientado	Balbucia	5	Pressão Sístola (mmHg)	> 90	4	
	Confuso	Choro irritado	4		70 - 89	3	
	Palavras inapropriadas	Choro a dor	3		50 - 69	2	
	Sons ou gemidos	Gemido a dor	2		01 - 49	1	
	Nenhuma	Nenhuma	1		0	0	
Melhor Resposta Móvil	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6	Escala de Glasgow	14 a 15	5	
	Localiza a dor	Retira ao toque	5		11 a 13	4	
	Flexão normal	Retira a dor	4		8 a 10	3	
	Flexão anormal	Flexão normal	3		5 a 7	2	
	Extensão a dor	Flexão anormal	2		3 a 4	1	
	Nenhuma	Nenhuma	1	ESCORE DO TRAUMA			

colocado com amarras e sobre prancha rígida. Reduzido motor e imobiliz
ção do pé ⑤. Paciente levado para os cuidados da BRASOS para
que o SAMU pudesse atender o paciente em estado grave que também
estava no local.



Dr. Célio Wanderley Jr.
MÉDICO
CRM-RR 1580

CONFERE COM O ORIGINAL
EM 14/05/18
Jafiane

GESTANTE	MATERIAL E MEDICAÇÃO
IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____ Perda de líquido: _____ BCF: _____ [] Com cartão [] Sem cartão	

CAER
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DE RIO DE JANEIRO

ATENDIMENTO
CAER
0800 280 9520
www.caer.com.br

Matrícula: **93289** Janeiro/2018

CPF: 06.938.467/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 24.006.114-4
RUA NELSON JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 22.306-410

Cliente: **ARTEMIZIA SERIO DA SILVA** Endereço do Imóvel: **RUA MACULI 159 - NOSSA SENHORA APARECIDA BOA VISTA RR 69386-318**

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Economias
001.006.123.0362.000	19	665	RESIDENCIAL

Hidrometro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
Y125469633	19/10/2012	LIGADO	LIGADO

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM DE DIAS
LEITURA FAT. 2108	2135	27	32
LEITURA INF.			
DT. LEITURA 12/12/2017	13/01/2018		

ULTIMOS CONSUMOS

PERÍODO	CONSUMO (m3)
201712	44,0
201711	55,0
201710	34,0
201709	34,0
201708	25,0
201707	27,0
MEDIA	37

ANÁLISE	CLARO	TURBIDÍMETRO	ODC	O. TOTALIS	E. COLI
EXISTENTE	160	160	160	160	160
ANÁLISES	219	219	219	219	219
CONFORME	209	219	219	219	219

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	27 M3	84,87
ESGOTO	80,0 % DO VALOR DE ÁGUA	67,89
TAXA COBRANÇA DE DOCUMENTO 12/2017		5,51
MULTA P/IMPONTUALIDADE 09/2017 10/2017		7,35
JUROS DE MORA 09/2017 10/2017		5,61

VENCIMENTO: **15/02/2018** TOTAL A PAGAR **171,23**

AVISO: EM 31/12/2017 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Evêncio Jôão Bezerra, 434 - Boa Vista - RR

Jania Helena
(95) 99139-8405
3224-6579



vivo

Nº da Conta: 0220918873
Mês de referência: 01/2018
Período: 06/12/2017 a 05/01/2018
Data de emissão: 07/01/2018

TANIA HELENA FRACALOSSO DE MELO
R ANTONIO AUGUSTO MARTINS, 347
SAO FRANCISCO
69305-270 BOA VISTA - RR

www.vivo.com.br/meuvivo

Fale conosco: Central de Relacionamento
*0486 ou www.vivo.com.br/faleconosco

Telefônica Brasil S.A.
Av. Capitão João Bezerra, 957
CEP 69.305-025 - Boa Vista - RR
I.E.: 240108035
CNPJ Matriz: 02.558.157/0001-62
CNPJ Filial: 02.558.157/0016-49

Vencimento
21/01/2018



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

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

Pelo exposto, eu Tânia Helena L. de Melo inscrito (a) no CPF/CNPJ 421.026.772 / 49
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Kevin da Silva Calixto inscrito
(a) no CPF sob o Nº 002.489.412 / 59 do sinistro de DPVAT cobertura Incendio da Vítima
Kevin da Silva Calixto, inscrito (a) no CPF sob o Nº 002.489.412 / 59, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>R: Antônio Augusto Martins</u>		Número <u>347</u>	Complemento
Bairro <u>São Francisco</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.305-270</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>(95) 3221-6579</u>	Telefone celular (DDD) <u>(95) 99139-8405</u>

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

GENTE SEGURO S/A
Av. Cidália Nilo Savera, 484 - Boa Vista - RR

Boa Vista 10 de Julho de 2018
Local e Data

Tânia Helena L. de Melo
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Alessandra Pereira Tome,
RG nº 117.922, data de expedição 06/10/2004
Órgão SSP/RR, portador do CPF nº 593.401.422-68, com
domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua: Tenente Ribeiro, nº 450,
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 Kelvin da Silva Calixto cujo o condutor era
Gleydson da Silva Nogueira
Veículo: matocieleto
Modelo: yamaha Factor YBR 125
Ano: 2010/2009
Placa: MAX-7160
Chassi: 9C6KE1210A0030396
Data do Acidente: 15/04/2018
Local e Data: Rua: João 23 C/Rua mauxi, Bairro: Aparecida

CARTÓRIO
LOUREIRO

Alessandra Pereira Tome
Assinatura do Declarante

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



Carlyory C. C. Eshell Brighia
Escritor Autorizada
Cartório Loureiro

NOTA: Certifico que o presente documento
apresentado neste Cartório na data
indicada no carimbo eletrônico de
reconhecimento. Dou fé.



... Guia de Atendimento 02 ...

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



1800936449	15/04/2018 05:40:01	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19- 14								
Paciente	KELVIN DA SILVA CALISTO	Data Nascimento	20/09/1981	Idade	36 A 6 M 25 D	CNS	CPF	07	Prontuário			
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	M	Estado Civil	SOLTEIRO (APARDA	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade	BRASILEIRA	Visão
Mãe	VIGINEIDE VERICIMO DA SILVA	Endereço	RUA - MACUXI - 59 - APARECIDA - BOA VISTA - RR	Paí	Ni	Comlato	Ocupação					
Classe, do Risco	Plano Convênio	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prontuário						
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento	URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Poso	Pressão				
Sófor	GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada	SAMU CAPITAL	Procedimento Sol.	Registrado por:	SILAS, SILVA						
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Fabril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue											

Anamnese do Enfermagem

Anamnese - (HORA DA CONSULTA) h) *paciente portador de fratura de tornozelo de motociclista com trauma em PE D + colorado*

Exame Físico

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

Hipótese Diagnóstica

SAOT - Exames Complementares

☒ RAO-X ☐ ULTRA-SON ☐ GENTE SEGURADORA SIA ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

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

- ☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta:

óbito
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ Hospital ☐ Ambulatório

Assinatura do Paciente ou Responsável

Elías Carvalhal
Médico Cirurgião
CRM RR 1103
Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: silas.silva
Data Hora: 15/04/2018 05:41:33



1800936449

... Guia de Atendimento 02 ...

AMARELO BLOCO E

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO
FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA

H G

1808943589	30/04/2018 10:14:42	FICHA DE ATENDIMENTO		CLINICA MEDICA	DIURNO 07-19	10
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
KELVIN DA SILVA CALIXTO		29/09/1991	26 A 7 M 10 D	702806181147660	00248941259	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IDENTIDADE	3558479	SSP/RR	08/09/2010	M	SOLTEIRO (APARDA	Naturalidade
Mãe					Pal	BOA VISTA - RR
VICINEIDE VERISSIMO DA SILVA						Nacionalidade
Endereço						BRASILEIRA
RUA - MACUXI - 159 - APARECIDA - BOA VISTA - RR					SERGIO LUIZ SA SILVA CALIXTO	Contato
						(95) 99112-8775

Class. do Itisco	Piano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Ocupação NÃO INFORMADA
AMARELO	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Profissional do Atend.	Procedência	Temp. 36.40	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento		Procedimento Sol.	Peso	Pressão
SFA - PRONTO ATENDIM	URGÊNCIA				120 x 80
Sector	Tipo de Chegada				
PRONTO ATENDIMENTO	DEMANDA ESPONTANEA				
Unidade Principal					
FÉRIAS COM ODOR INTENSO E NECROSE:		Registrada por: ALESSANDRA CRISTINA			
<i>Feb 15/2019</i>		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input checked="" type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue			

<p>anamnese de enfermagem Nega DM, HAS e ALERGIA MEDICAMENTOSA</p> <p>Fomeite o torso no plano do 2º Q</p> <p>76 10 cm. T6 de ver este no</p> <p>2º Q de ver este no</p> <p>no físico</p> <p>(Cefaleia)</p>		<p>GSC AO: 1234 RV: 12345 MR: 123456</p> <p>APARELHOS - DP CONTEUDO NÃO VERIFICADO</p> <p>24 JUL 2018</p>	<p>TOTAL</p> <p>123456</p> <p>Alfina Φ</p>
--	--	---	--

Exames Complementares

☒ RAIOS-X ☐ ULTRA-SOM ☐ TC ☒ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO
1) Tumor com 40 e 10.58	Transf. Rougier Oficial Tda. Enfermeira CONEXOR 196/005	
2) Defecou 1 g x 10 (W) 20.58		
3) Curativo.	Dr. E. G. Torres Domingues Médico CHP - ROR Cirurgião Geralista Oncologia	

Data: 13/40 Informação
☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☐ Transferência para:
☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☒ Informação
 Qala e Hora da Saída/Alta: Dr. Yany Leopoldo Leon González
Clínica Geral
CRM 1902-RR
 do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

8: 30/04/2018 10:21:28
 8800413800

2.5.252:8B08/RS4/1s4//A00RD/22-3371-18t-F-92EE-8D891DD729137.html



12:00 h.

* cirurgia geral

Há 16 dias, paciente sofreu acidente automobilístico (carro x moto). Paciente relata que procurou assistência médica após acidente, houve realização de procedimento de sutura em pé ⑤ na região do dorso e plantar. Há 16 dias faz uso de cefalexina 616 h e ibuprofeno. Relata que durante esse período fez umate no posto 31 de março e equipe de enfermagem encaminhou para análise no UGE, provavelmente devido a áreas de necrose. Em há 2 dias iniciou saída de secreções purulentas, com saída a febre, e secreções fétidas e edema.

Faz umative em casa e usa óleo de andiroba no lado da ferida. Paciente relata saída de corpo estranho (papel e pedras) há 1 dia.

AO exame físico: BCG, tórax auscultado, cordão, supnucio, normocorado, hidratado.

AC: RCE 2x BNF SIS

AR: mu+ bicobalment, SPA

ABD: Ø

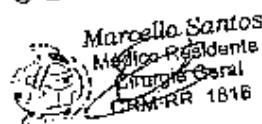
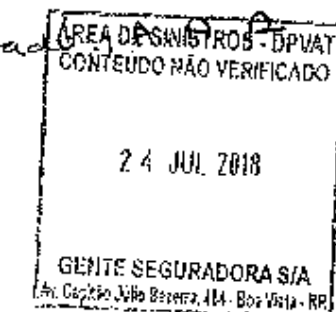
Ext: pé ⑤ edemaciado, ferida com necrose de borda, ferida aberta com presença de pequenos corpos estranhos, saída de secreções séssas fétidas. Pomei pontos de sutura.

cd: - Sugiro internação hospitalar pelo cuidado do clínico;

- Solicitar parecer do cirurgião geral
marçoção de desbridamento em CC,

SD O Leundo

Ass Paulo R L



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

PREScrição Médica Diária

UNIDADE/SETOR: FAAR

DIAGNÓSTICO: FERIMENTO INFECTADO PLANTAR D

NOME DO PACIENTE: KELVIN DA SILVA CALIXTO

QUARTO:

LEITO:

REGISTRO:

PREScrição

HORÁRIO

DATA/HORA

30/04/18

1. Dieta livre vo

13:35

2. Hidratação 500ml s/f ev ACM

D1

3. SSVV+CCGG 6/6h

D1

4. Ceftriaxona 1g 12/12h EV

D1

5. Metronidazol 500mg ev 8/8h

D1

6. Diphena 1g + AD EV 6/6h S/N

D1

7. Ranitidina 50mg EV 8/8h

D1

8. Plasil 01 amp EV de 8/8h S/N

D1

9. Captopril 25mg se PAS=16/6/6 PAD=11/10/11

D1

10. Dextro 6/6 h

D1

11. Insulina R ou GH 50% segundo esquema

D1

12. Curativo diário

D1

13.

SINAIS VITAIS

ESQUEMA DE INSULINA

MEDICÇÃO DE GLICEMIA

INSULINA

HORA

DEXTRO

HORÁRIO

06

18h

24h

06h

DEXTRO

GLICOSE 50% 40ML EV

151 - 180

02 UI - SC

181 - 210

04 UI - SC

211 - 240

06 UI - SC

241 - 270

08 UI - SC

271 - 300

10 UI - SC

PA

100/70

100/60

90x60

FC

64

68

72

TEMP AXILAR

36,5°C

35°C

36°C

FR

241 - 270

08 UI - SC

271 - 300

10 UI - SC

DIURÉTICO

271 - 300

10 UI - SC

EVACUAÇÃO

271 - 300

10 UI - SC

PA

100/70

100/60

90x60

FC

64

68

72

TEMP AXILAR

36,5°C

35°C

36°C

FR

241 - 270

08 UI - SC

271 - 300

10 UI - SC

DIURÉTICO

271 - 300

EVACUAÇÃO

271 - 300

10 UI - SC

PA

100/70

100/60

FC

64

68

72

TEMP AXILAR

36,5°C

35°C

36°C

FR

241 - 270

08 UI - SC

271 - 300

10 UI - SC

DIURÉTICO

271 - 300

10 UI - SC

EVACUAÇÃO

271 - 300

10 UI - SC

PA

100/70

100/60

90x60

FC

64

68

72

TEMP AXILAR

36,5°C

35°C

36°C

FR

241 - 270

08 UI - SC

271 - 300

10 UI - SC

DIURÉTICO

271 - 300

EVACUAÇÃO

271 - 300

10 UI - SC

PA

100/70

100/60

FC

64

68

72

TEMP AXILAR

36,5°C

35°C

36°C

FR

241 - 270

08 UI - SC

271 - 300

10 UI - SC

DIURÉTICO

271 - 300

10 UI - SC

EVACUAÇÃO

271 - 300

10 UI - SC

PA

100/70

100/60

90x60

FC

64

68

72

TEMP AXILAR

36,5°C

35°C

36°C

FR

241 - 270

08 UI - SC

271 - 300

10 UI - SC

DIURÉTICO

271 - 300

EVACUAÇÃO

271 - 300

10 UI - SC

PA

100/70

100/60

FC

64

68

72

TEMP AXILAR

36,5°C

35°C

36°C

FR

241 - 270

08 UI - SC

271 - 300

10 UI - SC

DIURÉTICO

271 - 300

10 UI - SC

EVACUAÇÃO

271 - 300

10 UI - SC

PA

100/70

100/60

90x60

FC

64

68

72

TEMP AXILAR

36,5°C

35°C

36°C

FR

241 - 270

08 UI - SC

271 - 300

10 UI - SC

DIURÉTICO

271 - 300

EVACUAÇÃO

271 - 300

10 UI - SC

PA

100/70

100/60

FC

64

68

72

TEMP AXILAR

36,5°C

35°C

36°C

FR

241 - 270

08 UI - SC

271 - 300

10 UI - SC

DIURÉTICO

271 - 300

10 UI - SC

EVACUAÇÃO

271 - 300

10 UI - SC

PA

100/70

100/60

90x60

FC

64

68

72

TEMP AXILAR

36,5°C

35°C

36°C

FR

241 - 270

08 UI - SC

271 - 300

10 UI - SC

DIURÉTICO

271 - 300

EVACUAÇÃO

271 - 300

10 UI - SC

PA

100/70

100/60

FC

64

68

72

TEMP AXILAR

36,5°C

35°C

36°C

FR

241 - 270

08 UI - SC

271 - 300

10 UI - SC

DIURÉTICO

271 - 300

10 UI - SC

EVACUAÇÃO

271 - 300

10 UI - SC

PA

100/70

100/60

90x60

FC

64

68

72

TEMP AXILAR

36,5°C

35°C

36°C

FR

241 - 270

08 UI - SC

271 - 300

10 UI - SC

DIURÉTICO

271 - 300

EVACUAÇÃO

271 - 300

10 UI - SC

PA

100/70

100/60

FC

64

68

72

TEMP AXILAR

36,5°C

35°C

36°C

FR

P3

PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA

UNIDADE/SETOR: PAAR

DIAGNOSTICO FERIMENTO INFECTADO EM PEDE

NOME DO PACIENTE: KELVIN DA SILVA CALIXTO

QUARTO:

LEITO:

REGISTRO

DATA/HORA

PRESCRIÇÃO

HORARIO

01/05/18

1. Dieta livre VO

2. Hidratação 500ml sst ev ACM

3. SSVV+CCGG 6/6h

4. Ceftriaxona 1g EV 12/12h

5. Metronidazol 500mg EV 8/8h OU 400mg VO de 8/8h

D2

6. Dipirona 1g + AD EV 6/6h SN

7. Ranitidina 50mg EV 8/8hs

8. Plasil 01 amp EV de 8/8h SN

9. Captopril 25mg sc PAS > 160 e/ou PAD > 110mmHg

10. Dextro 6/6 h

11. Insulina R ou GH 50% segundo esquema

12. Curativo diário

13. SOLICITO PARECER P/ CIRURGIA GERAL

SINAIS VITAIS

ESQUEMA DE INSULINA

MEDICAÇÃO DE GLUCÊMIA

HORARIO

12H

18H

24H

06H

DEXTRO

<70

GLICOSE 50% 40ML EV

151 - 180

02 UI - SC

151 - 210

04 UI - SC

211 - 240

06 UI - SC

241 - 270

08 UI - SC

271 - 300

10 UI - SC

11H

17H

11H

PA

120x80

100/70

150x133

90/80

68

151 - 180

02 UI - SC

151 - 210

04 UI - SC

211 - 240

06 UI - SC

241 - 270

08 UI - SC

271 - 300

10 UI - SC

11H

17H

11H

17H

11H

FC

80

90

48

36.6

36.6

151 - 180

02 UI - SC

151 - 210

04 UI - SC

211 - 240

06 UI - SC

241 - 270

08 UI - SC

271 - 300

10 UI - SC

11H

17H

11H

17H

11H

TEMP. AXILAR

36.6

36.5

36.6

36.6

151 - 180

02 UI - SC

151 - 210

04 UI - SC

211 - 240

06 UI - SC

241 - 270

08 UI - SC

271 - 300

10 UI - SC

11H

17H

11H

17H

11H

PR

241 - 270

08 UI - SC

271 - 300

10 UI - SC

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

DIURSE

241 - 270

08 UI - SC

271 - 300

10 UI - SC

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

EVAQUAÇÃO

241 - 270

08 UI - SC

271 - 300

10 UI - SC

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

11H

17H

Edirlei de S. Aguiar
Téc. de Enfermagem
COREN/RR 001.057.010

Irileni Maciel
Téc. de Enfermagem
COREN/RR 001.057.010

Eva A. da Silva
Téc. de Enfermagem
COREN/RR 001.057.010

Paula de Moura dos Santos
Téc. de Enfermagem
COREN/RR 001.057.010

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

GENITE SEGURADORA S/A
CNPJ 06.908.000/0001-91

Dr. Bernardino Bezerra
MÉDICO
COREN/RR 001.057.010

08:30h
Realizado visita e orientações
Julia Salgado de S. Ferreira
Téc. de Enfermagem
COREN/RR 001.057.010

30

REGISTRO

THE NEW YORK PUBLIC LIBRARY

Reconocido visita a orientales
 POTE REG () REG () REG ()
 acompañado S () N ()

Angela Ap. Nery Almeida

2017

2

—

2000

21-00 **INVESTIGATION**

10

15

CARLOS A. JERÓNIMO

CONFIDENTIAL

of the *Journal of the American Medical Association* is

[illegible]

DEXTRO

[illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

2015

۱۲۸

1

--	--

[illegible]



Hospital Geral de Roraima
Serviço Integrado de Cirurgia



03/05/18

Leite

ADMISSÃO PRÉ-OPERATÓRIA

Nome: Kevin da Silva Idade: 26

Sexo: M Origem: Boca Vista - RR Natural: Boca Vista

Tratamento: Oclusão de pé D Cirurgia:

Diagnóstico: Ferimento infectado plantar D

História: Paciente com história de acidente de moto há
+ 20 dias procurou atendimento médico foi realizado
procedimento de sutura no pé D. Durante esse período foi feito
curativo na UBS sendo encaminhado novamente ao HGR
devido a áreas de necrose + edema associado a febre

HDP: Nega HAS, DM

Medicamentos em uso

Não usa medicação

☒ SIM ☒ NÃO

☒ SIM ☒ NÃO

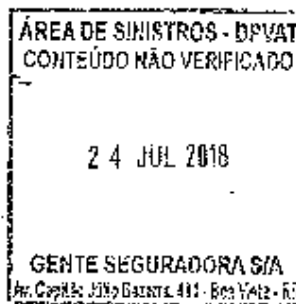
Alergia Medicamentosa ☒ SIM ☒ NÃO

Quais:

Outros: Relata que fuma e bebe 1 vez por semana
± 1 maço.

Assinatura:

☒ LOTE, BFE, TAA, CIPROFLOXACINA, MEFENAMOL



CRM-RR 1983
Médica Residente
Cirurgia Geral
Marta Medeiros

<p> $\frac{1}{2}$ </p>	<p> $\frac{1}{2}$ </p>
-----------------------------------	-----------------------------------

GENTE SEGURADORA S/A

SUS		Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE				4 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE				5 - N° DO PRONTUÁRIO	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				8 - DATA DE NASCIMENTO	
5 - NOME DO PACIENTE Kelvin da Silva Calisto				9 - SEXO M	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				11 - TELEFONE DE CONTATO	
1028061811147660				99911128776	
18 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL Vicimela Verissimo da Silva				14 - COD. ISGE MUNICIPAL	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) R. Macuxi 159 Aparecida				15 - UF RJ	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA BV				16 - CEP	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
Paciente com lesão infectada em MI com áreas de necrose (extensas) e sinais de infecção	
necessidade de tto cirúrgico.	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO
Exame clínico	lesão com áreas de necrose
21 - CID 10 PRINCIPAL	
22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
23 - CID 10 TERCIÁRIO	

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO desbridamento cirúrgico	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA Enxerga	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO emergencial
28 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 080912688450	29 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 04/05/2018
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE maria mudeiro	31 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) Médica Residente de Cirurgia Geral CRM RJ 1993
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
32 - ACIDENTE DE TRABALHO	33 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N° DO QUOTE
38 - CNPJ DA EMPRESA	39 - CNPJ DA EMPRESA
40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBO
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
44 - EMPREGADO	45 - EMPREGADOR
46 - ADIÇÃO	47 - REEMPREGADO
48 - APUSANTADO	49 - NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO	46 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
0415040035 R02	



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

EVOLUÇÃO	
3 5	Retorno da Sina Escrita Paciente no leito, BBO, expulso, afasia, síndromes, funções fisiológicas preservadas CD: Mantida Cirurgia vai acontecer amanhã 04/05 à tarde
04 05 08	Paciente encontra-se no leito estável, sem intercorrências nos últimos 24h. Sinais vitais em R(1) e Sinais vitais e exames CD: suporte clínico Realiza Desbridamento de R(1) hoje à tarde na C.C.
<div>Dr. Heraldo Aline Costa Médica CRM-RR 1883</div> <div>Dr. Fernando Bezerra Médico CRM-RR 1883</div> <div>ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 24 JUL 2018 GENTE SEGURADORA S/A Av. Celso J. de Barros, 114 - Boa Vista - RR</div>	

ASSINATURA: _____

CRM: _____



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amizade e Trabalho"

FICHA DE ANESTESIA

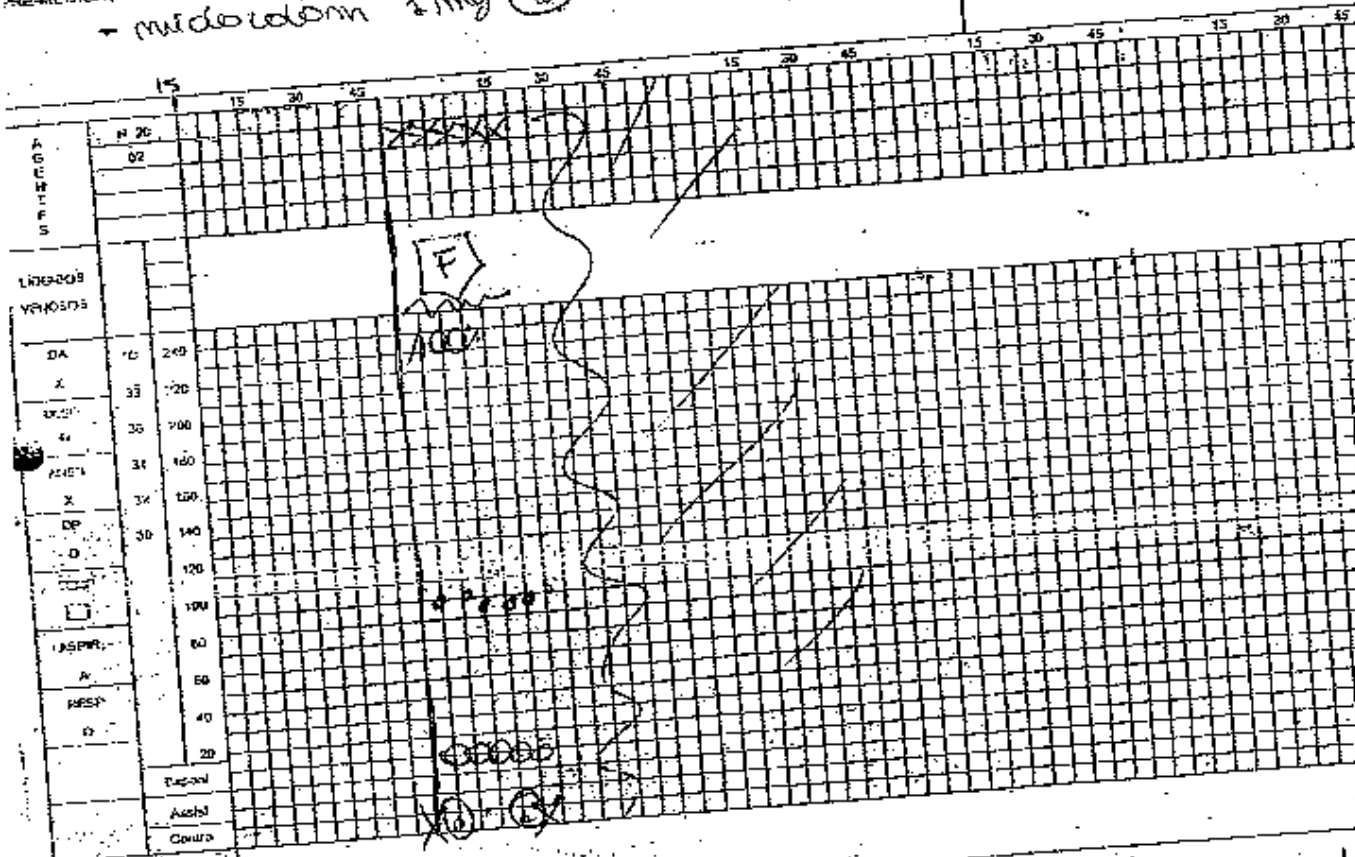
Helvin da Silva ealisto

Bps URM - RL

Nº 04.05.18

ANESTESIA - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

- midazolam 1mg (U)



AGENTES	DOSES	TÉCNICA
A		Bedacaps
B		Venosa
C		
D		
E		
F		
G		
H		
I		
J		
K		
L		
M		
N		
O		
P		
Q		
R		
S		
T		
U		
V		
W		
X		
Y		
Z		

- ANESTESIA
- 1 - midazolam 1mg (U)
 - 2 - O2 50% em 2L/min
 - 3 - Remifentanyl 50 mg (U)
 - 4 - Propofol 40mg (U)
 - 5 - Opiuina 2g (U)

Desbrulamento em pé esquerdo

Antônio Gelmeu

Dra. Ana Paula Romão
Médica Anestesiologista
CRM-RS 14006

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
24 JUL 2010
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Cássio de Faria, 114 - Boa Vista - RS



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

EVOLUÇÃO

A
A

18

Kelvin da Silva Calisto, 26 anos
Cirurgião: dr. Antônio Delmimo
1º auxiliar: dr. Karina Renda
2º auxiliar: dr. Lucas R2
3º auxiliar: marla mikaelly R1
Anestesista: dra. Ana Paula

SESA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Ceará, 1055 - Boa Vista - 69200-000 - Boa Vista - RR

tipo de intervenção: desbridamento cirúrgico em pé D.
Boletim Operatório

- 1) paciente em DDH sob anestesia geral
- 2) cirrose + anti-hipertensão + campos estereis
- 3) Identificada lesão em dorso, dígito em região plantar na base medial de pé direito com áreas de necrose.
- 4) Retirada de tecido desvitalizado necrótico e visualização de tecido de granulação.
- 5) Limpeza de lesão + sutura de hemostase.
- 6) Realizado curativo oclusivo com Kollagenase.

Antônio Delmimo
Cirurgião Geral
CRM-RR-1009

Karina Renda M. Morgado
Médica Cirúrgica Geral
ASSINATURA: [assinatura]

REGISTER

7878

Ed. Moore
Paul G. Moore
CORRE

Regulado
para leito
502-5

Associação Interna



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Vin da Silva estirado				04 / 05 / 18	
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
debridamento MID		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		15:52	16:06		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:			
DR Antônio		RES. ANESTESIA:			
AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
DR Roneas		CIRCULANTE			
AUXILIAR		Roneas + cristiane			
TIPO DE ANESTESIA:		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS: SORO FISIOLÓGICO	500
	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTÉRIL 7.5			FIO VICRYLNº	
	LUVA ESTÉRIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
	LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURINº 15			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML		1	SURGICAL Abadure de crepom	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO Estéril	
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATANº	
	SERINGA 10ML		1	GHOFAM Fibrose	
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
	doxeridine 150ml			OUTROS:	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
	Roneas	SUB-TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
	Roneas	TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		

24 JUL 2018

CENTE SEGURADORA S/A

Av. das Américas, 444 - Boa Vista - RR



PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERVIÇO DE ORÇAMENTO	D/HGR: -
BLOCO E ENFERMARIA: + LEITO: 05	D/BE: 04/05/18
DN:	

DI/HGR: -
DI/BE: 04/05/18

FID: Ferimento infectado em pé direito

HORARIO

1. Dieta oral livre

1. CONVOLUTION

3. Ceftriaxona 1g EV 12/12h

6. Plastil 10 mg EV 8'8hs (5N)

6. Plasil 10 mg EV b.i.d. (10)

1. *capitulum* 50 mm EV 8/8h SN

9 Dextro 12/12h

10. Curativo diafróico com colágeno

12.SSV + CCGG

[Signature]
Dr. A. J. Moseley
Clinical Director
M-R-1766

Adm. medicació noturn
na esp. e malipde
os procediments de
Perla (Anillo de Plata)
PREMIER STAINS AT

Jan 20 1870
A. W. H.

08/05/48
12:25 h Presente em repouso no leito,
medicado c. p.m., apresentando
F. 100, T. 37,8 e P. 100.

08/05/18
12:25 h Presente em presença do Dr.
Medicado C.F.M., o(a) enfermeiro(a)
~~Farmacêutico(a)~~

REAÇÃO SINISTROS - DPVAT
CONTABILIZADO NÃO VERIFICADO
JUL 2018
ENTIDADE SEGURADORA S/A

JUL 2018

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR

Atf 200:0

201-250:02 U1

251-300:04 U.

GH 50% 40 ml EV, em bolhus, se Glicose

REGISTRO DE ENFERMAGEM

RESEARCH SIGNALS

Horário	Atividade	Local	Responsável
08h00 - 09h00	Registro e Recepção	Salão de Atos	Coordenador de Eventos
09h00 - 10h00	Abertura do Evento	Salão de Atos	Coordenador de Eventos
10h00 - 11h00	Apresentação dos Palestrantes	Salão de Atos	Coordenador de Eventos
11h00 - 12h00	Intervalo para Almoço	Salão de Atos	Coordenador de Eventos
12h00 - 13h00	Almoço	Salão de Atos	Coordenador de Eventos
13h00 - 14h00	Apresentação dos Palestrantes	Salão de Atos	Coordenador de Eventos
14h00 - 15h00	Intervalo para Almoço	Salão de Atos	Coordenador de Eventos
15h00 - 16h00	Apresentação dos Palestrantes	Salão de Atos	Coordenador de Eventos
16h00 - 17h00	Intervalo para Almoço	Salão de Atos	Coordenador de Eventos
17h00 - 18h00	Apresentação dos Palestrantes	Salão de Atos	Coordenador de Eventos
18h00 - 19h00	Intervalo para Almoço	Salão de Atos	Coordenador de Eventos
19h00 - 20h00	Apresentação dos Palestrantes	Salão de Atos	Coordenador de Eventos
20h00 - 21h00	Intervalo para Almoço	Salão de Atos	Coordenador de Eventos
21h00 - 22h00	Apresentação dos Palestrantes	Salão de Atos	Coordenador de Eventos
22h00 - 23h00	Intervalo para Almoço	Salão de Atos	Coordenador de Eventos
23h00 - 24h00	Apresentação dos Palestrantes	Salão de Atos	Coordenador de Eventos

7

126

1

—

25	25
----	----

2

SC

[illegible]

02

—

II2

198

4

1

EC)



Médico (a): Dra. Priscila Mesquita

DI/HGR:
DI/BE: 04/05/18

NOME DO PACIENTE: Kelvin da Silva Calixto

AD: Ferimento infectado em pé direito

DATA/HORA	PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

08/05/2018 11. Dieta oral livre

2. SF 0.9% 500ml EV ACM

D9	3. Ceftriaxona 1g EV 12/12h
----	-----------------------------

D9	4. Metoridazol 500mg EV 8/8h ou 400mg VO 6/6h
----	---

6. Plasil 10 mg EV 8/8hs (SN)

7. Raritidina 50 mg EV 8/8h SN

8. Captopril 25mg VO se PAS>160 clou PAD>110

9. Dextro 12/12h

11. Dietético dieto com colágeno em pé D

13. $SVV + CCGG$

Dr. Priscilla Miller
Clinical Medicine
G.M.-R 1786

12 coches - Pde. Cuarenta de, medio,
Mediagadas en medicina
Uiciade A.V.I., auto SUV &
Miguel, los familiares y amigos.

Ana Patricia S. de Paula
Técnico de Enfermagem
COREN-RR 001247.761 TE

AREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

24 JUL 2018

GEITE SEGURADORA S/A

Residente: Dr. Plácido Fernandes

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR

Até 200:0

201-250-02 U1

251-300:04 U)

GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dl

REGISTRO DE ENFERMA

SINAI'S VITAMINS

Horario	06h	1h	2h	3h

PA	140x80	120x82017x25	110x
			871=

FC	827	++	-13	3650
FC	827	++	-13	3650

TAX	23	23	23
FID	—	—	—

FN	-		
Elevação	+	Φ	inverte γ

Diuresis	+	+	+
----------	---	---	---

4

Depto. de Asesoría de
Criminología

Insulina	1
----------	---

Unidad de Enfermedades 001247

Regular	
---------	--

S/S

Ana Patricia S. de Paula
Técnica de Enfermagem
REN-RR 001247.164.75

Dreno	-	-	-
<p>Plantas medicinales: medicamentos de curación de enfermedades de los riñones y de la vejiga.</p>			



PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA

SETOR: BLOCO E ENFERMARIA: LEITO: 05 DN: D/HGR: D/BE: 04/05/18

NOME DO PACIENTE: Kelvia da Silva Calixto

AD: Ferimento infectado em pé direito

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

DATA/HORA

5ND

10/05/2018	1. Dieta oral livre	
	2. SF 0.9% 500ml EV ACV	
	3. Ceftriaxona 1g EV 12/12h	
D11	1. Metronidazol 500mg EV 8/8h ou 100mg VO 8/8h	
D11	2. Dipirona 1g EV 6/6h	
	3. Pirenil 10 mg EV 8/8hs (SN)	
	4. Rastidina 50 mg EV 8/8h SN	
	5. Cefazolin 25mg VO se P.A.S. > 1.60 e/ou P.A.D. > 1.10	
	6. Dextro 12/12h	
	7. Insulina R ou GII 50% segundo esquema ao laço	
	8. Curativo diário com coligêncose em pé D	
	9. SSVV - CCGG 6/6h	

med. de 1º e 2º grau. Sem queixas.

Dr. Priscilla Mesquita
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 722.661 AE

Dr. Plácido Fernandes
Médico (a) Dr. Plácido Fernandes

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

Médico (a): Dr. Priscilla Mesquita

Residente: Dr. Plácido Fernandes

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR

Até 200: 0	301 - 350: 0.6 UI
201 - 250: 0.2 UI	351 - 400: 0.8 UI
251 - 300: 0.4 UI	> 401: 1.0 UI (humor Plasmático)
GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL	

REGISTRO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

Horário	06h	11h	17h	23h
PA	105/50	145/72	130/76	90/60
FC	79	72	65	80
PR	36.4	36.3	36.2	36.2
IR	3/0	3/0	3/0	3/0
Temperatura	-	+	quente	-
Dureza	+	+	quente	+
Dextro	87	102	102	102
Insulina				
Regular				
SNG				
Dreno				

Dr. Plácido Fernandes
Técnico de Enfermagem
COREN-RR 001247.761 TE

PROJUDI

PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA

SECTOR: BLOCO E ENFERMARIA: LEITO: 05 DN: 502

DI/HGR: DI/BE: 04/05/18

NOME DO PACIENTE: Kelvin da Silva Calixto

HDI: Ferimento infectado em pé direito

DATA/HORA: 09/05/2018 PRESCRIÇÃO: HORÁRIO: 502

1. Dose oral livre

2. S/S 0.9% 500ml EV ACM

D10 1.3. Cetiraxona 1g EV 12/12h

D10 4. Metronidazol 500mg EV 8/8h ou 400mg VO 8/8h

3. Diclofona 1g EV 6/6h

6. Fliselil 10 mg EV 8/8hs (SN)

7. Remetida 50 mg EV 8/8h SN

8. Clonidina 25mg VO se PA>160 ou PAD>110

9. Dexam 12/12h

10. Insulina R ou GH 50% segundo esquema no lado

11. Curativo diário com colagenose em pé D

12. SSVV - CCGG 6/6h

Priscilla Mesquita
Clínica Médica
CRM-RR 1705

ÁREA DE SINISTROS - DPVAY
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

GENE SEGURODORA S/A

Av. Capão Verde, 444 - Bot. Verde - RR

P: Paciente admitido no
leito 05 de 05/05/18.
ao plantão (19:00).
SSVV - não medicado
ob 23:00. medicação
de insulina 03.04.05
insulina 03.04.05
não medicado. Paciente
internou no leito 05
01.30 de 05/05/18.

Priscilla Mesquita
Téc. Enfermagem
COREN-RR 914.444.11

Médico (a): Dra. Priscilla Mesquita

Residente: Dr. Plácido Fernandes

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR

A-6 200:0	301 - 350:06 U
201 - 250:02 U	351 - 400:08 U
251 - 300:04 U	> 401: 10 U e aumentar 2 unidades
GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL	

REGISTRO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

Horário	6h	12h	18h	24h
PA	121 x 65	114 x 70	124 x 71	
FC	70	81	84	
Tax	35.4	36.6	36.2	
FR				
Exame	pele: p/ quente			
Diurese	pele: + quente			
Dextro	93		110	
Insulina			0.1	
Regular				
SN				

Plantação Absorção: medicação e cuidados
de enfermagem realizados conforme prescrição médica.

RECIBO

502

UNIDADE DE ATENDIMENTO: SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA
SEÇÃO: ENFERMAGEM
DEFENSOR DA UNIDADE: DIBEB 02/05/18

NOME DO PACIENTE: KENIA DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 12/01/1972

RESERVAÇÃO: HORARIO: SVA

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840. 841. 842. 843. 844. 845. 846. 847. 848. 849. 850. 851. 852. 853. 854. 855. 856. 857. 858. 859. 860. 861. 862. 863. 864. 865. 866. 867. 868. 869. 870. 871. 872. 873. 874. 875. 876. 877. 878. 879. 880. 881. 882. 883. 884. 885. 886. 887. 888. 889. 890. 891. 892. 893. 894. 895. 896. 897. 898. 899. 900. 901. 902. 903. 904. 905. 906. 907. 908. 909. 910. 911. 912. 913. 914. 915. 916. 917. 918. 919. 920. 921. 922. 923. 924. 925. 926. 927. 928. 929. 930. 931. 932. 933. 934. 935. 936. 937. 938. 939. 940. 941. 942. 943. 944. 945. 946. 947. 948. 949. 950. 951. 952. 953. 954. 955. 956. 957. 958. 959. 960. 961. 962. 963. 964. 965. 966. 967. 968. 969. 970. 971. 972. 973. 974. 975. 976. 977. 978. 979. 980. 981. 982. 983. 984. 985. 986. 987. 988. 989. 990. 991. 992. 993. 994. 995. 996. 997. 998. 999. 1000. 1001. 1002. 1003. 1004. 1005. 1006. 1007. 1008. 1009. 1010. 1011. 1012. 1013. 1014. 1015. 1016. 1017. 1018. 1019. 1020. 1021. 1022. 1023. 1024. 1025. 1026. 1027. 1028. 1029. 1030. 1031. 1032. 1033. 1034. 1035. 1036. 1037. 1038. 1039. 1040. 1041. 1042. 1043. 1044. 1045. 1046. 1047. 1048. 1049. 1050. 1051. 1052. 1053. 1054. 1055. 1056. 1057. 1058. 1059. 1060. 1061. 1062. 1063. 1064. 1065. 1066. 1067. 1068. 1069. 1070. 1071. 1072. 1073. 1074. 1075. 1076. 1077. 1078. 1079. 1080. 1081. 1082. 1083. 1084. 1085. 1086. 1087. 1088. 1089. 1090. 1091. 1092. 1093. 1094. 1095. 1096. 1097. 1098. 1099. 1100. 1101. 1102. 1103. 1104. 1105. 1106. 1107. 1108. 1109. 1110. 1111. 1112. 1113. 1114. 1115. 1116. 1117. 1118. 1119. 1120. 1121. 1122. 1123. 1124. 1125. 1126. 1127. 1128. 1129. 1130. 1131. 1132. 1133. 1134. 1135. 1136. 1137. 1138. 1139. 1140. 1141. 1142. 1143. 1144. 1145. 1146. 1147. 1148. 1149. 1150. 1151. 1152. 1153. 1154. 1155. 1156. 1157. 1158. 1159. 1160. 1161. 1162. 1163. 1164. 1165. 1166. 1167. 1168. 1169. 1170. 1171. 1172. 1173. 1174. 1175. 1176. 1177. 1178. 1179. 1180. 1181. 1182. 1183. 1184. 1185. 1186. 1187. 1188. 1189. 1190. 1191. 1192. 1193. 1194. 1195. 1196. 1197. 1198. 1199. 1200. 1201. 1202. 1203. 1204. 1205. 1206. 1207. 1208. 1209. 1210. 1211. 1212. 1213. 1214. 1215. 1216. 1217. 1218. 1219. 1220. 1221. 1222. 1223. 1224. 1225. 1226. 1227. 1228. 1229. 1230. 1231. 1232. 1233. 1234. 1235. 1236. 1237. 1238. 1239. 1240. 1241. 1242. 1243. 1244. 1245. 1246. 1247. 1248. 1249. 1250. 1251. 1252. 1253. 1254. 1255. 1256. 1257. 1258. 1259. 1260. 1261. 1262. 1263. 1264. 1265. 1266. 1267. 1268. 1269. 1270. 1271. 1272. 1273. 1274. 1275. 1276. 1277. 1278. 1279. 1280. 1281. 1282. 1283. 1284. 1285. 1286. 1287. 1288. 1289. 1290. 1291. 1292. 1293. 1294. 1295. 1296. 1297. 1298. 1299. 1300. 1301. 1302. 1303. 1304. 1305. 1306. 1307. 1308. 1309. 1310. 1311. 1312. 1313. 1314. 1315. 1316. 1317. 1318. 1319. 1320. 1321. 1322. 1323. 1324. 1325. 1326. 1327. 1328. 1329. 1330. 1331. 1332. 1333. 1334. 1335. 1336. 1337. 1338. 1339. 1340. 1341. 1342. 1343. 1344. 1345. 1346. 1347. 1348. 1349. 1350. 1351. 1352. 1353. 1354. 1355. 1356. 1357. 1358. 1359. 1360. 1361. 1362. 1363. 1364. 1365. 1366. 1367. 1368. 1369. 1370. 1371. 1372. 1373. 1374. 1375. 1376. 1377. 1378. 1379. 1380. 1381. 1382. 1383. 1384. 1385. 1386. 1387. 1388. 1389. 1390. 1391. 1392. 1393. 1394. 1395. 1396. 1397. 1398. 1399. 1400. 1401. 1402. 1403. 1404. 1405. 1406. 1407. 1408. 1409. 1410. 1411. 1412. 1413. 1414. 1415. 1416. 1417. 1418. 1419. 1420. 1421. 1422. 1423. 1424. 1425. 1426. 1427. 1428. 1429. 1430. 1431. 1432. 1433. 1434. 1435. 1436. 1437. 1438. 1439. 1440. 1441. 1442. 1443. 1444. 1445. 1446. 1447. 1448. 1449. 1450. 1451. 1452. 1453. 1454. 1455. 1456. 1457. 1458. 1459. 1460. 1461. 1462. 1463. 1464. 1465. 1466. 1467. 1468. 1469. 1470. 1471. 1472. 1473. 1474. 1475. 1476. 1477. 1478. 1479. 1480. 1481. 1482. 1483. 1484. 1485. 1486. 1487. 1488. 1489. 1490. 1491. 1492. 1493. 1494. 1495. 1496. 1497. 1498. 1499. 1500. 1501. 1502. 1503. 1504. 1505. 1506. 1507. 1508. 1509. 1510. 1511. 1512. 1513. 1514. 1515. 1516. 1517. 1518. 1519. 1520. 1521. 1522. 1523. 1524. 1525. 1526. 1527. 1528. 1529. 1530. 1531. 1532. 1533. 1534. 1535. 1536. 1537. 1538. 1539. 1540. 1541. 1542. 1543. 1544. 1545. 1546. 1547. 1548. 1549. 1550. 1551. 1552. 1553. 1554. 1555. 1556. 1557. 1558. 1559. 1560. 1561. 1562. 1563. 1564. 1565. 1566. 1567. 1568. 1569. 1570. 1571. 1572. 1573. 1574. 1575. 1576. 1577. 1578. 1579. 1580. 1581. 1582. 1583. 1584. 1585. 1586. 1587. 1588. 1589. 1590. 1591. 1592. 1593. 1594. 1595. 1596. 1597. 1598. 1599. 1600. 1601. 1602. 1603. 1604. 1605. 1606. 1607. 1608. 1609. 1610. 1611. 1612. 1613. 1614. 1615. 1616. 1617. 1618. 1619. 1620. 1621. 1622. 1623. 1624. 1625. 1626. 1627. 1628. 1629. 1630. 1631. 1632. 1633. 1634. 1635. 1636. 1637. 1638. 1639. 1640. 1641. 1642. 1643. 1644. 1645. 1646. 1647. 1648. 1649. 1650. 1651. 1652. 1653. 1654. 1655. 1656. 1657. 1658. 1659. 1660. 1661. 1662. 1663. 1664. 1665. 1666. 1667. 1668. 1669. 1670. 1671. 1672. 1673. 1674. 1675. 1676. 1677. 1678. 1679. 1680. 1681. 1682. 1683. 1684. 1685. 1686. 1687. 1688. 1689. 1690. 1691. 1692. 1693. 1694. 1695. 1696. 1697. 1698. 1699. 1700. 1701. 1702. 1703. 1704. 1705. 1706. 1707. 1708. 1709. 1710. 1711. 1712. 1713. 1714. 1715. 1716. 1717. 1718. 1719. 1720. 1721. 1722. 1723. 1724. 1725. 1726. 1727. 1728. 1729. 1730. 1731. 1732. 1733. 1734. 1735. 1736. 1737. 1738. 1739. 1740. 1741. 1742. 1743. 1744. 1745. 1746. 1747. 1748. 1749. 1750. 1751. 1752. 1753. 1754. 1755. 1756. 1757. 1758. 1759. 1760. 1761. 1762. 1763. 1764. 1765. 1766. 1767. 1768. 1769. 1770. 1771. 1772. 1773. 1774. 1775. 1776. 1777. 1778. 1779. 1780. 1781. 1782. 1783. 1784. 1785. 1786. 1787. 1788. 1789. 1790. 1791. 1792. 1793. 1794. 1795. 1796. 1797. 1798. 1799. 1800. 1801. 1802. 1803. 1804. 1805. 1806. 1807. 1808. 1809. 1810. 1811. 1812. 1813. 1814. 1815. 1816. 1817. 1818. 1819. 1820. 1821. 1822. 1823. 1824. 1825. 1826. 1827. 1828. 1829. 1830. 1831. 1832. 1833. 1834. 1835. 1836. 1837. 1838. 1839. 1840. 1841. 1842. 1843. 1844. 1845. 1846. 1847. 1848. 1849. 1850. 1851. 1852. 1853. 1854. 1855. 1856. 1857. 1858. 1859. 1860. 1861. 1862. 1863. 1864. 1865. 1866. 1867. 1868. 1869. 1870. 1871. 1872. 1873. 1874. 1875. 1876. 1877. 1878. 1879. 1880. 1881. 1882. 1883. 1884. 1885. 1886. 1887. 1888. 1889. 1890. 1891. 1892. 1893. 1894. 1895. 1896. 1897. 1898. 1899. 1900. 1901. 1902. 1903. 1904. 1905. 1906. 1907. 1908. 1909. 1910. 1911. 1912. 1913. 1914. 1915. 1916. 1917. 1918. 1919. 1920. 1921. 1922. 1923. 1924. 1925. 1926. 1927. 1928. 1929. 1930. 1931. 1932. 1933. 1934. 1935. 1936. 1937. 1938. 1939. 1940. 1941. 1942. 1943. 1944. 1945. 1946. 1947. 1948. 1949. 1950. 1951. 1952. 1953. 1954. 1955. 1956. 1957. 1958. 1959. 1960. 1961. 1962. 1963. 1964. 1965. 1966. 1967. 1968. 1969. 1970. 1971. 1972. 1973. 1974. 1975. 1976. 1977. 1978. 1979. 1980. 1981. 1982. 1983. 1984. 1985. 1986. 1987. 1988. 1989. 1990. 1991. 1992. 1993. 1994. 1995. 1996. 1997. 1998. 1999. 2000. 2001. 2002. 2003. 2004. 2005. 2006. 2007. 2008. 2009. 2010. 2011. 2012. 2013. 2014. 2015. 2016. 2017. 2018. 2019. 2020. 2021. 2022. 2023. 2024. 2025. 2026. 2027. 2028. 2029. 2030. 2031. 2032. 2033. 2034. 2035. 2036. 2037. 2038. 2039. 2040. 2041. 2042. 2043. 2044. 2045. 2046. 2047. 2048. 2049. 2050. 2051. 2052. 2053. 2054. 2055. 2056. 2057. 2058. 2059. 2060. 2061. 2062. 2063. 2064. 2065. 2066. 2067. 2068. 2069. 2070. 2071. 2072. 2073. 2074. 2075. 2076. 2077. 2078. 2079. 2080. 2081. 2082. 2083. 2084. 2085. 2086. 2087. 2088. 2089. 2090. 2091. 2092. 2093. 2094. 2095. 2096. 2097. 2098. 2099. 2100. 2101. 2102. 2103. 2104. 2105. 2106. 2107. 2108. 2109. 2110. 2111. 2112. 2113. 2114. 2115. 2116. 2117. 2118. 2119. 2120. 2121. 2122. 2123. 2124. 2125. 2126. 2127. 2128. 2129. 2130. 2131. 2132. 2133. 2134. 2135. 2136. 2137. 2138. 2139. 2140. 2141. 2142. 2143. 2144. 2145. 2146. 2147. 2148. 2149. 2150. 2151. 2152. 2153. 2154. 2155. 2156. 2157. 2158. 2159. 2



PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA

SECTOR: BLOCO F - ENFERMARIA: LEITO: 08 DN: D/H/GR: DT/DE: 04/05/18

502

NOME DO PACIENTE: Kelvin da Silva Calixto

HD: Ferimento infectado em pé direito

| DATA/HORA | PRESCRIÇÃO | HORÁRIO |
|-----------|------------|---------|
|-----------|------------|---------|

- | | | |
|------------|--|-------|
| 04/05/2018 | 1. Dieta oral livre | 5 AND |
| | 2. SF 0.9% 500ml EV ACM | |
| 012 | 3. Ceftriaxona 1g EV 12/12h | |
| 012 | 4. Metronidazol 500mg EV 8/8h ou 400mg VO 8/8h | |
| | 5. Dipirona 1g EV 6/6h | |
| | 6. Plasil 10 mg EV 8/8h (SN) | |
| | 7. Runitidina 50 mg EV 8/8h SN | |
| | 8. Cefepim 25mg VO se PAS > 160 ou se PAD > 110 | |
| | 9. Dexamet 12/12h | |
| | 10. Insulina R ou GH 50% segundo esquema ao lado | |
| | 11. Curativo glicio com coagulação em pé D | |
| | 12. SSVV - CCGG 6/6h | |

Dra. Priscila Mesquita
Clínica Médica
CRM-RR 11799

Dr. Plácido Fernandes
CRM-RR 1824
Médico Resid. Clínica Médica

[Handwritten signature]

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
24 JUL 2018
CENTE SEGURADORA S/A
Rua Carlos Gomes, 111 - Boa Vista - RR

Médico (a): Dra. Priscila Mesquita
Residente: Dr. Plácido Fernandes

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR

| | |
|---|----------------------------------|
| Até 200: 0 | 301 - 350: 06 U |
| 201 - 250: 02 U | 351 - 400: 08 U |
| 251 - 300: 04 U | > 401: 10 U (Chamar Placidino em |
| GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL | |

REGISTRO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

| Horário | 05h | 11h | 17h | 23h |
|------------------|--------|--------|---------------------|-----|
| PA | 110/60 | 113/68 | 116/74 | |
| FC | 100 | 94 | 93 | |
| Tax | 36.8% | 36.8% | 36.8% | |
| FR | | 36 | | |
| Evacuação | 0 | + | paciente não evacua | |
| Diurese | + | + | paciente não urina | |
| Dextro | 109 | 103 | 99 | |
| Insulina Regular | - | - | - | |
| SNG | - | - | - | |
| Dreno | - | - | - | |

24:00 Paciente não urina
uma única vez
Maria Zelia R. Araújo
Enfermeira
CRM-RR 383563

PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA
SECTOR: BLOCO E - ENFERMARIAS LEITOS: 05 - BN
DATA: 04/05/18

NOME DO PACIENTE: Nivalda da Silva Calisto

HD: Ferimento infectado em pé direito

DATA/HORA: 03/05/2018 PRESCRIÇÃO: HORÁRIO: S/N

1. Dieta oral livre
2. SF 0.9% 700ml EV ACM
3. Ceftriaxona 1g EV 12/12h
4. Metformina 500mg EV S/Sn em 30mg VO 8/8h
5. Dipirona 1g EV 6/6h
6. Paracetamol 500mg EV 8/8h, se náuseas ou vômitos
7. Rivotril 50mg EV 8/8h SN
8. Ceftriaxona 1g VO sa PAS 160 e 160 PAD 110
9. Dexametasona 4mg
10. Insulina N em GH 50% segundo esquema anexo
11. Curativo diário com colaplaste em pé D
12. SSN - 200mg 6/6h

puta todos os medicamentos com, para ao cuidados de enfermagem

Carla Mendes
Médica
CRM 1742

Maria Socorro
Téc. Enfermagem
CRM 1742

14/05/18
08:30

Alma hospitalar

após 12:00

Dr. Plácido Fernandes
CRM 1742

Dr. Plácido Fernandes
CRM 1742

Médico (a): Dra. Priscilla Mesquita
Residente: Dr. Plácido Fernandes

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
24 JUL 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Graciliano Mendes, 824 - Boa Vista - Jd.

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR

| | |
|---|------------------------------------|
| Até 200: 0 | 301 - 350: 0.5 U |
| 201 - 250: 0.5 U | 351 - 400: 0.8 U |
| 251 - 300: 0.8 U | > 401: 1.0 U (variar a quantidade) |
| GH 50% 40 ml EV, 100 ml de GH, se Glicemia < 70 mg/dL | |

RELAÇÃO DE EXAMES

| SINAIS VITAIS | | | |
|---------------|------------|----------|------|
| Pressão | 120/80 | 170 | 75 |
| FC | 64 | 75 | 37.0 |
| Tem | 36.3 | 37.0 | 37.0 |
| Diurese | Quantidade | + | |
| Dextro | - | 123mg/dL | |

| | | | |
|---------|---|--|--|
| Regular | - | | |
| SSN | - | | |
| Dextro | - | | |

6:00 Todos os medicamentos foram administrados
CPM, realizado SSN e dextro, 1. diluição Silva
F. de Enfermagem

BLOCO E
Identificação

Idade: 26 anos

Data internação: 30/04/18

Diagnóstico: Deiscência de sutura com infecção de ferida

Resumo da História Clínica: Paciente sexo masculino, 26 anos, vítima de acidente, colisão carro com muro em março com ferimento em pé D com necessidade de sutura para aproximar as bordas. Evolução com infecção local da ferida progressiva, deiscência de sutura e odor fétido e tecido necrosado. Foi iniciada com antibioticoterapia parenteral com ceftriaxona e metronidazol; realizou debridamento cirúrgico com intercorrências com curativo diário com colagenase. Durante a internação foi evidenciada fratura do 4 metatarso em pé D. Oito, edia não respondeu ao parecer.

Encontra-se assintomático ao momento com funções fisiológicas preservadas.

Exame físico

- Somatoscopia: orientado, bom estado geral, eufórico, hidratado, normocorado, normotérmico, alburno.
- AR: murmúrio presente bilateral, sem ruídos adventícios
- AC: RCR, 2T, bulhas normofonéticas, sem sopro
- AP: normo, sem. Fácil, depressível, ruído. Murmúrios vesicais. Lado D: sem massas ou alterações palpáveis
- Extremidades: BPP, T/C <3seg, aurículas firmes, sem edema. Ferida em pé direito com base úmida, bordas afastadas, tecido de granulação evidente sem secreção.

- Conduta: Paciente evoluiu alto hospitalar, sem necessidade de medicação, com evolução satisfatória.

Dr. Plácido Fernandes
CRM RR 1624
Médico Especialista em Medicina

Rua Visconde, 11 de Maio de 2018

Dr. Plácido Fernandes CRM RR 1624

Assinatura do Dr. Plácido Fernandes CRM RR 1624

Dra. Patrícia Mesquita
CRM RR 1786

ÁREA DE REGISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

GENTE SEGURODORA S/A
CNPJ 08.000.000/0001-91

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
NACIONAL
355847-9

NOME
KELVIN DA SILVA CALIXTO

RELACÃO
SÉRGIO LUIZ DA SILVA CALIXTO
VICENTE VERISSIMO DA SILVA
MATERNA

BOA VISTA - RR
CERTD NASC 62300 FLS 220-V LIV A-87
BOA VISTA-RR

002.489.412-59
2ª VIA

DATA DE EMISSÃO
22/05/2018

DATA DE NASCIMENTO
20/09/1991

ANADIEU ROCHA TRIANI
Pessoa Física inscrita no CPF nº 000.000.000-00

LEI Nº 7.116 DE 20/08/93

PROIBIDO PLASTIFICAR

POLEGAR DIREITO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Kelvin da Silva Calixto

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bazerra, 484 - Boa Vista - RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO

DOC. IDENTIFIC. (RG, CNH, etc.)
489049 SSP RO

CPF
431.036.772-49

DATA NASCIMENTO
15/01/1972

PLACAO
JUNELSON FRACALOSSI
MARIA ANNA FRACALOSSI

PERMISSÃO
CATEGORIA
A.U.

UF REGISTRO
02798991924

VALIDADEZ
05/12/2018

VALIDADEZ
17/02/1993

OBSERVAÇÕES

Tania Helena S de Melo
ASSINATURA DO HABILITADO

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
10/12/2017

32146487451
PR207308780

DETRAN-RR (RORAIMA)

VALIDADEZ EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
806644383

PROTEÇÃO PLÁSTICA
806644383

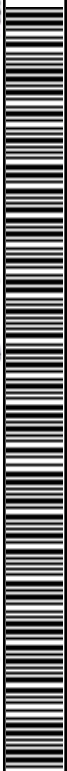


ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

GENTE SEGURO S/A

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJSME DDT2F 85L8X R3AXK



Sistema SVE- CONSULTA LOCAL

<https://www.r.getran.com.br/sve/consulta-local>

Consulta de Veículos na Base Local

Consulta Local por Chassi: 9C8KE1210A0030396

Situação: 1-EM CIRCULACAO

DADOS DO VEICULO

Placa: NAX7160 Chassi: 9C8KE1210A0030396 Renavam: 00172210771 Remarcado(S/N): N
Município: 00301-BOA VISTA Marca/Mod: 009613-YAMAHA/FACTOR YBR125 E
Procedência: 1 - NACIONAL Tipo: 04-MOTOCICLETA Espécie: 01-PASSEIRO
Categoria: 01-PARTICULAR Combustível: 02-GASOLINA Ano Mod/Fab: 2010 / 2009
Cor: 13-ROXA Cap Passag: 002 Potência: 000 Cilindradas: 0124
Carroceria: 999-NAO APLIC N° Motor: E3C9E-030596 N° Câmbio: Selo Idoso:
Faixa Seguro: 09 Deficiente Físico: Roubo Furto: N Data da Última Atualização: 27/02/2014 Tax: NAO
Ano Último CRLV Emitido: 2013 Ano Último Licenciamento: 2013 - Autorizado em 13/12/2017
Observações: PROIB SAIR AMAZ OCIDENTAL
Ind. Restrição: 9997 - SEM RESERVA DE DOMINIO
Número do Lacre: 0017506735RR

DADOS DO PROPRIETÁRIO

Nome: ALESSANDRA PEREIRA TOME CPF/CNPJ: 593.401.422-68
Endereço: AV SABA CUNHA N°: 331 Bairro: CARANA
Complemento: CASA Cidade: BOA VISTA Cep: 69313618
Data Aquisição 0km: 07/10/2009 Valor 0km: 6676,00
Data Transferência: 28/01/2014 Valor: 3500,00 N° Doc. Aquisição:

PROPRIETÁRIO ANTERIOR

Nome: ANDRE CESAR PEREIRA SARAIVA CPF/CNPJ: 867.222.802-25
Endereço Anterior: BOA VISTA UF: RR

DADOS DA DOCUMENTAÇÃO

Data CRV: 27/02/2014 N° CRV: ***** Data CRLV: // N° CRLV:

RESTRIÇÕES

07-BENEFICIO TRIBUTARIO

Observações: PROIB SAIR AMAZ OCIDENTAL N° Restrição:
Data Limite Rest Tributária: // Doc. Restrição Tributária:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180339927 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KELVIN DA SILVA CALIXTO **Data do acidente:** 15/04/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM PÉ DIREITO EVOLUINDO COM FERIMENTO INFECTADO PLANTAR

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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 |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
| | | Total | 0 % | R\$ 0,00 |

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Ivone S. Valice



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180339927

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: KELVIN DA SILVA CALIXTO

Data do acidente: 15/04/2018

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: A

Resultados terapêuticos: A

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos

complementares:

Observações: A

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 |
|--------------------------------|---|---|-----------|--------------------------|
| | | Total | 0 % | R\$ 0,00 |



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

GENTE SEGURODORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 434 - Boa Vista - RJ

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: Kelvin da Silva Calixto
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: solteiro
Profissão: Estudante
Identidade: 355 847-9 CPF: 002.489.412-59
Endereço: R: Macuxi Bairro: Aparecida
Cidade: Boa Vista CEP:

OUTORGADO (Procurador)

Nome: Amia Helena Fracalossi de Melo
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: casada
Profissão: Autônoma
Identidade: 488049 CPF: 421.026.772-49
Endereço: R: Antônio Augusto Martins Bairro: São Francisco
Cidade: Boa Vista CEP: 69.305-270

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representa-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.

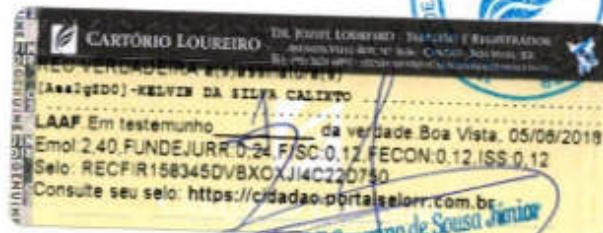
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a Seguradora Líder dos consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo 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, 26 de Abril de 2018.



Kelvin da Silva Calixto
Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade

Dr. Edson Severino de Sousa Junior
Tabelião Substituto
Cartório Loureiro