
Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200069447

Vítima: MARCIA REGINA RIBEIRO

Data do Acidente: 09/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCIA REGINA RIBEIRO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 383.075.292-04 4 - Nome completo da vítima: Marcia Regina Ribeiro

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Marcia Regina Ribeiro 6 - CPF: 383.075.292-04
7 - Profissão: Autônoma 8 - Endereço: R: Vicente C. Lima 9 - Número: 851 10 - Complemento:
11 - Bairro: Aze Branca 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.312-325
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (95) 99135-3871

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3023 CONTA: 14203

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairasor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista, 30/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001655/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 23/01/2019 09:14 Data/Hora Fim: 23/01/2019 09:34

Delegado de Polícia: Rodrigo de Oliveira Gomides

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 09/01/2018 09:42

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Jóquei Clube

Logradouro: RUA GALVÃO COM A RUA PRÊMIO

Ponto de Referência: CRUZAMENTO

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARCIA REGINA RIBEIRO (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PR - Realeza

Sexo: Feminino

Nasc: 26/08/1973

Profissão: Autônomo

Escolaridade: Ensino Médio Completo

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria das Graças Gonzaga

Nome do Pai: Antonio Carlos Bernardes Ribeiro

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 113151

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 383.075.292-04

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA MARANHÃO

Nº: 335

Bairro: DOS ESTADOS

Telefone: (95) 99145-3871 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 065.236.252-49

Placa NAP2085

Renavam 01117090270

Número do Motor KD08E1H437455

Número do Chassi 9C2KD0810HR437455

Ano/Modelo Fabricação 2017/2017

Cor AZUL

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/NXR160 BROS ESDD



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

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 001655/2019

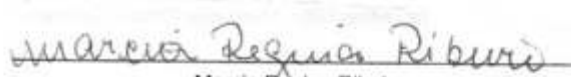
Modelo HONDA/NXR160 BROS ESDD	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 10/05/2017	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Marcia Regina Ribeiro	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE INFORMA QUE SOFREU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO NO DIA 09/01/2018, POR VOLTA 09:42 HORAS NA RUA GALVÃO COM A RUA PRÊMIO, CRUZAMENTO, BAIRRO JÓQUEI CLUBE; QUE NA OCASIÃO ESTAVA ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA QUE ERA CONDUZIDA POR SEU COMPANHEIRO SR. EMERSON DA SILVA PINHEIRO, CONDUTOR DA MOTOCICLETA HONDA BROS 160, COR AZUL, PLACA NAP-2085; QUE FORAM ATINGIDOS POR UM VEÍCULO FIAT/SENA DE COR VERMELHO QUE ERA CONDUZIDO POR ASSALTANTES EM FUGA; QUE A COMUNICANTE TEVE A CLAVÍCULA ESQUERDA QUEBRADA, FRATURADA, E FICOU INTERNADA POR QUARENTA DIAS NO HOSPITAL HGR. ESSE É O RELATO. A COMUNICANTE INFORMA QUE SOFREU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO NO DIA 09/01/2018, POR VOLTA 09:42 HORAS NA RUA GALVÃO COM A RUA PRÊMIO, CRUZAMENTO, BAIRRO JÓQUEI CLUBE; QUE NA OCASIÃO ESTAVA ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA QUE ERA CONDUZIDA POR SEU COMPANHEIRO SR. EMERSON DA SILVA PINHEIRO, CONDUTOR DA MOTOCICLETA HONDA BROS 160, COR AZUL, PLACA NAP-2085; QUE FORAM ATINGIDOS POR UM VEÍCULO FIAT/SENA DE COR VERMELHO QUE ERA CONDUZIDO POR ASSALTANTES EM FUGA; QUE A COMUNICANTE TEVE A CLAVÍCULA ESQUERDA QUEBRADA, FRATURADA, E FICOU INTERNADA POR QUARENTA DIAS NO HOSPITAL HGR. ESSE É O RELATO.

ASSINATURAS


Assunção Barroso de Vasconcelos
Responsável pelo Atendimento


Marcia Regina Ribeiro
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAVAS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - R.G. (Cadastro ou RSE): 3 - CPF da vítima: 383.075.292-04 4 - Nome completo da vítima: Marcia Regina Ribeiro

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS (TAXA DE RENDA ANUAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 145/2012

5 - Nome completo: Marcia Regina Ribeiro 6 - CPF: 383.075.292-04
7 - Profissão: Costureira 8 - Endereço: R. Vicente C. Lima 9 - Número: 851 10 - Complemento:
11 - Bairro: Vila Branca 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.912-325
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 15 383.075.3872

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RCLUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.011,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.001,00

21 - TIPO DE BANCÁRIO: ☒ BENEFICIÁRIO DA TITULARIDADE ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO (INCLUIZACÃO DE CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUQUANÇA (Somente para as instituições em Anexo de uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3027 CONTA: 14.203 AGÊNCIA: CONTA:

(Informe o código de área) (Informe o dígito verificador) (Informe o código de cidade) (Informe a agência de cidade)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor do indenização/reembolso do Seguro DPVAT a qual eu tiver direito, recuperando e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO MÉDICO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o Laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para as fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do acidente.

Sob esta e posseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada será a apresentação do Laudo do IMI, concluído, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Se a vítima for: ☐ Solteira ☐ Casada ☐ Viúva ☐ Divorciada ☐ Separada ☐ Outros ☐ Não sabe

24 - Se a vítima for: ☐ Solteira ☐ Casada ☐ Viúva ☐ Divorciada ☐ Separada ☐ Outros ☐ Não sabe

25 - Se a vítima for: ☐ Solteira ☐ Casada ☐ Viúva ☐ Divorciada ☐ Separada ☐ Outros ☐ Não sabe

26 - Se a vítima for: ☐ Solteira ☐ Casada ☐ Viúva ☐ Divorciada ☐ Separada ☐ Outros ☐ Não sabe

27 - Se a vítima for: ☐ Solteira ☐ Casada ☐ Viúva ☐ Divorciada ☐ Separada ☐ Outros ☐ Não sabe

28 - Se a vítima for: ☐ Solteira ☐ Casada ☐ Viúva ☐ Divorciada ☐ Separada ☐ Outros ☐ Não sabe

29 - Se a vítima for: ☐ Solteira ☐ Casada ☐ Viúva ☐ Divorciada ☐ Separada ☐ Outros ☐ Não sabe

30 - Se a vítima for: ☐ Solteira ☐ Casada ☐ Viúva ☐ Divorciada ☐ Separada ☐ Outros ☐ Não sabe

31 - Se a vítima for: ☐ Solteira ☐ Casada ☐ Viúva ☐ Divorciada ☐ Separada ☐ Outros ☐ Não sabe

32 - Se a vítima for: ☐ Solteira ☐ Casada ☐ Viúva ☐ Divorciada ☐ Separada ☐ Outros ☐ Não sabe

33 - Se a vítima for: ☐ Solteira ☐ Casada ☐ Viúva ☐ Divorciada ☐ Separada ☐ Outros ☐ Não sabe

34 - Se a vítima for: ☐ Solteira ☐ Casada ☐ Viúva ☐ Divorciada ☐ Separada ☐ Outros ☐ Não sabe

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.895,53

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCIA REGINA RIBEIRO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 000000014203-1

Nr. da Autenticação 8A95C4469F81335A

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené (Germes, 881 - Camem - Boa Vista - RR
CEP: 69.101-470 (0800-441111) - E-mail: atendimento@eletrobras.com.br
Nota Fiscal: Cota de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impostos autorizado pela SEFAZ RR/19

Nº da Nota Fiscal: 000469553

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE, na cidade
de Boa Vista, RR, nº 19.438 de 28 de abril de 2003.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARCO/2018	11/04/2018	153	125,54

MARIA DAS GRACAS GONZAGA
R. VICENTE C LIRA 851 ASA BRANCA
CPF: 00009105190215
CEP: 69.312-325 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.01.293850

DADOS DA LEITURA		kWh	kVArh	DATAS DA LEITURA	
Atual:	17284			Atual:	23/03/2018
Anterior:	17131			Anterior:	22/02/2018
Constante de Multiplicação:	1,000			Próxima Leitura:	24/04/2018
Consumo Médio:	153			Emissão:	22/03/2018
Consumo Faturado:	153		FCM	Aprovação:	23/03/2018
	NORMAL			Idade do Consumidor:	29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Pat.	Mês 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	2716145	N 1523323	1.1.1.1	153

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	
FEV/18 199	CONSUMO	153 A R\$ 0,570386 = 87,26
JAN/18 211	RELIÇÃO	7,52
DEZ/17 210	CORREÇÃO MONETARIA DA IL. PUBL	0,13
NOV/17 177	CORREÇÃO MONETARIA IGPIM (2X)	2,12
OUT/17 199	MULTA POR ATRASO DE IL. PUBLIC	1,69
SET/17 199	JUROS DE MORA POR ATRASO DE IL	0,42
AGO/17 110	MULTA POR ATRASO (2X)	4,79
JUL/17 102	JUROS DE MORA DE IMPORTE / SER	2,74
JUN/17 97	ILUMINACAO PUBLICA	18,87
MAI/17 111		
TARIFA E TRIBUTOS:		
0 A 153 - 0,456770		

MESSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R\$	
03/2018	132,37	Unidade consumidora inscrita e inscrita no sistema de tarifa social de energia elétrica e inscrita no 03/04/2015. O seu pagamento por gás, energia elétrica e inclusão do nome do consumidor na SINEM, caso tenha optado o pagamento favor, desconsiderar este aviso.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVAÇÃO AO FISCO 3801.5526.5E94.D841.A707.85F6.AF94.F3AF

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	41,93	Base de Cálculo	17,00%
Energia:	0,00	Alíquota ICMS:	14,83
Transmissão:	1,74	Valor do ICMS:	0,48
Encargos:	17,37	Valor do PIS:	2,06
		Valor do COFINS:	

BLOCO A

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



1800891911	09/01/2018 12:26:44	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19		21
Paciente		Data Nascimento		Idade	CNS	CPF	Prontuário	
MARCIA REGINA RIBEIRO		26/08/1973		44 A 4 M 14 D	700409487194747	38307529204		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
IDENTIDADE	113151	SSP RR		F	SOLTEIRO(A)	PARDA	REALEZA - PR	BRASILEIRA
Mãe	MARIA DAS GRACAS GONZAGA			Pai	ANTONIO CARLOS BERANRDES			Contato
Endereço	RUA - VICENTE CORREIA LIRA - 851 - ASA BRANCA - BOA VISTA - RR						(95) 99147-5847	Ocupação
						AUTÔNOMO		
Class. de Risco	Plano Convênio	N° da Carteira		Validade	Autorização	Sis Prenatal		
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão		
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA							
Selhor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.		Registrado por:				
GRANDE TRAUMA	TRANSPORTADO POR TER			VINICIUS.CAVALCANTE				
Queixa Principal	☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue							

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Acidente motor de acidente de trânsito. 4
Anos em outubro e maio (E)

Exame Físico

LATE

Hipótese Diagnóstica

Fratura de clavícula?

SADT - Exames Complementares

☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Até 24h de observação em observatório. 12/01/18

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☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: vinicius.cavalcante
Data Hora: 09/01/2018 12:28:10

0-2018
0-2018 - Impressão em Papel
0-2018 - Impressão em Papel



1800891911

Ontoprima 09/01/12

Paciente Vitoria Almeida

Tuansito (morte - canal), evoluindo
com febre de 38,5°C

CS: INTANAT

Over the coin: Dr. Roberto





SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

MARIA REGINA RIBEIRO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

71010410191418171191417111

8 - DATA DE NASCIMENTO

21/11/1973

6 - Nº DO FRONTOÁRIO

163702

9 - SEXO

F

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

MARIA GONCALVES GONZAGA

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Presidente Getulio Vargas, 251, Jd. Primavera

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bomileite

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente vítima acidental de trânsito (moto-carro) ocorrida em terras da fazenda (E) + apresentando Fratura de clavícula (E)

18 - CONDIÇÕES CLÍNICAS JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

tratamento cirúrgico

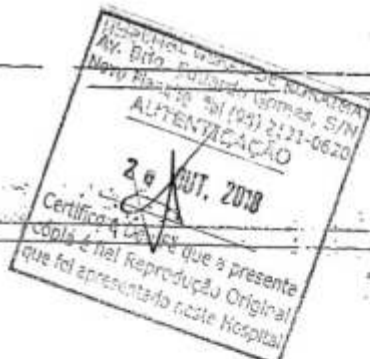
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

EX. Físico + RX

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura de clavícula (E)

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 TERCIÁRIO ASSOCIADO



PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

OROP

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)

Dr. Roberto DTM

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

09/11/18

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNIE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

45 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

10019-1061

1299

116-3 OK



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <u>Marcia REGINA LOPES</u>					
DIAGNÓSTICO <u>FRATURA DE CLAVICULA (E)</u>					
ALERGIAS					
IDADE		HAS		DM	
		LEITO		DATA <u>09/01/18</u>	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE ✓				SND
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 horas <u>12/12 (Lento)</u>				SND
5	DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS <u>S/N</u>				<u>18:00</u>
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn				S/N
7	SSVV+CCGG 6/6 horas				S/N
8	CURATIVO DIARIO				R/T
9	<u>ONDASETRONA 8 mg EV. S/N</u>				R/T
10					S/N
11					
12					
13					
14					
15					
16					
1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

	PA	FC	FR	TEMP			
SINAIS VITAIS							
6 H	90x62	71					
12 H							
18 H	92/56	63					
24 H							

23 | 135 / 67 | 30 | 30

116-3

OK



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		MARCIA REGINA LEBENS			
DIAGNÓSTICO		FRATURA DE CLAVÍCULA (E)			
ALERGIAS		HAS			
IDADE		LEITO		DM	
ITEM		PRESCRIÇÃO		DATA	
1		DIETA ORAL LIVRE		HORÁRIO	
2		SF 0,9% 500 ML EV 8/8 horas		SND	
5		DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS		18:00	
6		TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn		SN	
7		SSVV+CCGG 6/6 horas		SN	
8		CURATIVO DIÁRIO		Ratina	
9		ONDASETRONA 8 mg EV. S/N		Ratina	
10				SN	
11					
12					
13					
14		Dr. Marcelo Marques			
15		Médico Assistente			
16		Ortopedia e Traumatologia			
		CRM 1918/RR			
1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

	PA	FC	FR	TEMP			
SINAIS VITAIS							
6 H	90x62	71					
12 H							
18 H	92/56	63					
24 H							

23 135/67 80 36

116-3

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	MARCIA REGINA RIBEIRO				
DIAGNÓSTICO	FX CLAVICULA				
ALERGIAS	HAS		NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO			DATA	10/01/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SVD
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				MANTE
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSP
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6				10:28
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				15:12-21:00
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				S/N
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				S/N
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				S/N
10	SSVV + CCGG 6/6 H				S/N
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				12:18-21:00
14	CURATIVO DIARIO				S/N
15					NOT/MG
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%				
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

AO BLOCO



As 14:20h: T: 36.9°C / FC: 76 bpm / PA: 98x70 mmHg

SINAIS VITAIS				
6 H	100x80	60	20	35.6
12 H	106x96	70	19	36
18 H				
24 H	110x80	78		36.5

06H 90x50 60

36.6°C

Dr. J. Ricardo Rebelo
 Médico Residente em
 ORTOPEDIA E
 TRAUMATOLOGIA.



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



DATA DE ADMISSÃO 09/01/2018 DIH DN 26/08/1973

PACIENTE MARCIA REGINA RIBEIRO

AGNÓSTICO FX CLAVICULA

ALERGIAS

IDADE 44

HAS

DM2

LEITO 116-3

DATA 11/01/2018

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

- 1 DIETA ORAL LIVRE
- 2 SFO,9% 500ML EV DE 12/12H
- 4 TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA
- 5 OMEPRAZOL 40MG EV OU VO PELA MANHA
- 6 METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N
- 7 DIPIRONA 2ML EV DE 6/6H SN
- 8 TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 20 GTS VO DE 8/8H SE DOR INTENSA
- 9 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG
- 10 SSVV + CCGG 6/6 H
- 11 CURATIVO DIÁRIO
- 12
- 13
- 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

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

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Coleta de Exames-HGH

DATA 12/01/18

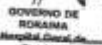
HORA 5:00

ASS. Colita

Postivo A. Delmit
Associação Enfim
Correção

6 H	111/69	62		
12 H	120x80	72	21	36°C
18 H	110x90	83		36,5°C
24 H	94/63	68		

Dr. Marcus Brunner CRM 1917
Residente de Ortopedia e
Traumatologia



HGR
Hospital Grounds
An Association



26/08/1973

AGNÓSTICO	FX CLAVICULA
-----------	--------------

ALERGIAS

DM2

44

116-3

DATA

11/01/2018

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1	DIETA ORAL LIVRE
---	------------------

2	SF0,9% 500ML EV DE 12/12H
---	---------------------------

4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA
---	-----------------------------

5	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO PELA MANHA
---	------------------------------------

6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N
---	---------------------------------

7	DIPIRONA 2ML EV DE.6/6H SN
---	----------------------------

8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 20 GTS VO DE 8/8H SE DOR INTENSA
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE DOR

9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG
10	SSVV + CCGG 8/8 H

10	SSW + CCGG 6/6 H
----	------------------

1	CURATIVO DIÁRIO
---	-----------------

12

12

3

4

5

6

7

8

9

D

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

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG. ACIANÓTICO, ANTERIORES

EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO :

CONDOTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :

PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO

AUP-MSD

6 H	941 X 59	54	20	36.1
12 H	122/76	62		
18 H	115/73	84		38.9
24 H	101 X 66	84	21	36.2

Dr. Marcus Brunner CRM 1917
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

Geandri / Souza Pereira
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 751.380-TEC

18100 - 1 minute sketch, decumbent
SF. (V. egg)
S. 1000' (surface)



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



DATA DE ADMISSÃO 09/01/2018 DIH DN 26/08/1973

PACIENTE MARCIA REGINA RIBEIRO

AGNÓSTICO FX CLAVICULA

ALERGIAS

IDADE 44 HAS LEITO 116-3 DM2 DATA 13/01/2018

PRESCRIÇÃO

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	SF0,9% 500ML EV DE 12/12H	SND
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA	18:00
5	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO PELA MANHA	10
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
7	DIPIRONA 2ML EV DE 6/6H SN	
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 20 GTS VO DE 8/8H SE DOR INTENSA	5:00
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
10	SSVV + CCGG 6/6 H	
11	CURATIVO DIÁRIO	Manhã
12		
13		
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

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

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

6 H	120/80	66	36,8
12 H	120/70	68	36,8
18 H	100/30	80	36,3
24 H	120/70	64	36,5

Dr. Marcus Brunner CRM 1917
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

Josiane de Souza Araújo
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 000.461 072

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		 	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		09/01/2018	DIH	DN	26/08/1973
PACIENTE MARCIA REGINA RIBEIRO					
AGNÓSTICO FX CLAVICULA					
ALERGIAS		HAS	DM2		
IDADE	44	LEITO	116-3	DATA	14/01/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF0,9% 500ML EV DE 12/12H				
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				
5	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO PELA MANHA				
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
7	DIPIRONA 2ML EV DE 6/6H SN				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 20 GTS VO DE 8/8H SE DOR INTENSA				
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12					
13					
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					

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

SOLICITADO :

CONDUTA : MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :

PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO

6 H	138 x 99	57	36°C	
12 H	111 x 58	59	36,2	
18 H	116 x 62	64	36,4	
24 H	100/70	68	36	

Dr. Marcus Brunner CRM 1917
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia



GOVERNO DE
RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

09/01/2018

DIH

DN

26/08/1973

PACIENTE MARCIA REGINA RIBEIRO

AGNÓSTICO FX CLAVICULA

ALERGIAS

HAS

DM2

IDADE

44

LEITO

116-3

DATA

15/01/2018

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

SF0,9% 500ML EV DE 12/12H

4

TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA

5

OMEPRAZOL 40MG EV OU VO PELA MANHA

6

METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N

7

DIPIRONA 2ML EV DE 6/6H SN

8

TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 20 GTS VO DE 8/8H SE DOR INTENSA

9

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

10

SSVV + CCGG 6/6 H

11

CURATIVO DIÁRIO

12

13

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

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

06:00h Paciente recusou item 11 dos 6h e item 3 não
administrado pois formiga não dispunha 100 ghs

6 H	100/60	60	62	
12 H	123/75	60		
18 H	116/74	67	20	35,8
24 H	130/60	80	-	30,57

Dr. Marcus Brunner CRM 1917
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

Gelcyvânia da C. Lima
Técnica de Enfermagem
COREN-298.776



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

09/01/2018

DIH

DN

26/08/1973

PACIENTE **MARCIA REGINA RIBEIRO**

AGNÓSTICO **FX CLAVICULA**

ALERGIAS

IDADE

44

HAS

DM2

LEITO

116-3

DATA

16/01/2018

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

SF0,9% 500ML EV DE 12/12H

4

TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA

5

OMEPRAZOL 40MG EV OU VO PELA MANHA

6

METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N

7

DIPIRONA 2ML EV DE 6/6H SN

8

TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 20 GTS VO DE 8/8H SE DOR INTENSA

9

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

10

SSVV + CCGG 6/6 H

11

CURATIVO DIÁRIO

12

13

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

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO :

CONDUTA : MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :

PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO

	PA	FC	R	TP
6 H	81 X 44	61		36.3
12 H	80 X 62	61		36.2
18 H	100 X 58	68		36.2
24 H	126 X 70	70	17	36.2

Maria de Fátima R. Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 437591-7F

Dr. Marcus Brunner CRM 1917
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

32000 16/01/2018 - paciente no leito sem queixas adicionais, tolera a dieta com restrição até o momento administrada medicação, de higiene cpm, e segue sob cuidados de enfermagem.

Maria de Fátima R. Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 437591-7F



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO 09/01/2018 DIH DN 26/08/1973

PACIENTE MARCIA REGINA RIBEIRO

AGNÓSTICO FX CLAVICULA

ALERGIAS

IDADE 44 HAS LEITO 116-3 DM2 DATA 16/01/2018

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	SF0,9% 500ML EV DE 12/12H	
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA	
5	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO PELA MANHA	
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
7	DIPIRONA 2ML EV DE 6/6H SN	
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 20 GTS VO DE 8/8H SE DOR INTENSA	
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
10	SSV + CCGG 6/6 H	
11	CURATIVO DIÁRIO	
12		
13		
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		

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

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

	PA	FC	R	TP
6 H	81 x 44	61		36.3
12 H	80 x 62	61		36.2
18 H	100/58	68		36.2
24 H	120/90	70	17	36.1

Maria de Fátima R. Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 437381-TE

Dr. Marcus Brunner GRM 1917
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

200 16/03/2018 - paciente no leito sem queixas, com 10 dias de internação até o momento, administrando medicação, de horário cpm, e segue em avaliação de enfermagem.

Maria de Fátima R. Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 437381-TE



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO 09/01/2018 DIH DN 26/08/1973

PACIENTE MARCIA REGINA RIBEIRO

AGNÓSTICO FX CLAVICULA

ALERGIAS

IDADE 44 HAS DM2
LEITO 116-3 DATA 18/01/2018

ITEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1	DIETA ORAL LIVRE	
2	SF0,9% 500ML EV DE 12/12H	
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA	
5	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO PELA MANHA	
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
7	DIPIRONA 2ML EV DE 6/6H SN	
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 20 GTS VO DE 8/8H SE DOR INTENSA	
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
10	SSVV + CCGG 6/6 H	
11	CURATIVO DIÁRIO	
12		
13		
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

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

#SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

6 H	100x50	53		
12 H	100x70	71		36,8
18 H	100x80	65		32,2
24 H	100x100	65		

Dr. Marcus Brunner CRM 1917
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

VB5: An 2:30 trocado o AVP
do hospital no ms -> Josiane de Souza Araújo
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 000.461.072
foi colocado pelo 2o enfermeiro

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
		PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		09/01/2018	DIH		DN	26/08/1973	
PACIENTE MARCIA REGINA RIBEIRO							
AGNÓSTICO FX CLAVICULA							
ALERGIAS							
IDADE	44	HAS		DM2			
		LEITO	116-3	DATA	19/01/2018		
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO	
1	DIETA ORAL ZERO						
2	SF0,9% 500ML EV DE 12/12H						
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA						
5	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO PELA MANHA						
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N						
7	DIPIRONA 2ML EV DE 6/6H SN						
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 20 GTS VO DE 8/8H SE DOR INTENSA						
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						
10	SSVV + CCGG 6/6 H						
11	CURATIVO DIÁRIO						
12							
13							
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							

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

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

6 H				
12 H	110x70	60	76	
18 H	81C	60	76	
24 H				

Dr. Marcus Brunner CRM 1917
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia

**SUS**Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CHES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRIMÁRIO, 22 - CID 10 SECUNDÁRIO, 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARREIRA DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

FREQUÊNCIA EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - CIPJ DA SEGURADORA

35 - Nº - K - PRIMEIRO

36 - SÉRIE

37 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - CIPJ EMPRESA

39 - CNIS DA EMPRESA

40 - CBOR

41 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - EMPREGADO

44 - EMPREGADOR

45 - AUTÔNOMO

46 - DESEMPREGADO

47 - APOSENTADO

48 - NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

49 - Nº DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

50 - COD. ORGÃO EMissor

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

52 - DOCUMENTO

53 - Nº DO DOCUMENTO

54 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

55 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

56 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

57 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

19/01/18 O.S. _____



GNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura de clavícula e Escapula
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: osteossíntese de clavícula e Escapula
TIPO DE INTERVENÇÃO: Sto Cirurgico
COMPLICAÇÕES E ACIDENTES: 2
GNÓSTICO OPERATÓRIO: o mesmo

QUIRURGIÃO: Monab A 1º AUXILIAR: Paricut
2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____
3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____
ANESTESISTAS: 1 ANESTÉSICO: _____
CIRURGIÃO: Monab A FIM: _____ DURAÇÃO: _____

Vitor Paracut Santiago
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RR 1635
RQE 610

RELATÓRIO CIRURGICO

1) Paciente em DVA sob plano anestésico.
2) limpeza e antiseptico e colocação de
campanha estéril.
3) Incisão em topografia de clavícula
seguinte / Ugualeira de 10 cm de extensão
4) Colocação de placa + parafusos de 2,5 mm
de 10 cm fratura unilocal.
5) Controle radiológico intra-operatório
6) Lavar + fechar com fio plano + pontos
+ curativos (7) a P.P.



Marcia Regina Ribeiro

19/01/18

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Fentanil 100mg EV
Midazolam 5mg EV

AGENTES		M		E		SF		SF	
DA	°C	240	220	200	180	160	140	120	100
X									
ULSD									
Q									
ANES									
X									
OP									
Q									
TEMP									
□									
ASPIR									
A									
RESP									
O									
	Export								
	Assist								
	Contro								
SIMBOLOS									

[illegible]

Dra. Ana Paula Thomé
Médica Anestesiologista
CRM-RR 1408

E. Pappeal 10 mg EV
S. Pinnora 10 mg EV

 $f_1 \approx 24$



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAIS CONSUMIDOS EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		449	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Marcia Regina Ribeiro			116-3		19 10/ 201
TIPO		CIRURGIA			
Distensão de Clavícula (R)		TEMPO DE DURAÇÃO			
		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		15:40	16:40		
CIRURGIÃO	EQUIPE MÉDICA				
1º AUXILIAR	Dr. Vitor Paracate	ANESTESISTA:		Mm. Ana Paula	
2º AUXILIAR	Dr. Marcelo Arruda	RES. ANESTESIA:		R. W. P. Valle	
	Dr. Marcelo Arruda	INSTRUMENTADOR		R. W. P. Valle	
	Dr. Marcelo Arruda	CIRCULANTE		R. W. P. Valle	
TIPO DE ANESTESIA: BPR + Sedação		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VAL
☒	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		11	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
☐	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
☐	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
☐	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL N°	
☐	LUVA ESTERIL 8.0		11	FIO MONONYLON N° 1.0	
☐	LUVA ESTERIL 8.5		11	FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
☒	LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
☐	LÂMINA BISTURIN N° 13			FIO CATGUT SIMPLES N°	
☐	DRENO DE SUÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
☐	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°	
☐	DRENO DE PENROSE N°			FIO SEDA N°	
☐	SERINGA 01ML			SURGICEL	
☐	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO	
☐	SERINGA 05 ML			KIT CATARATAN	
☐	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
☐	SERINGA 20ML			SPA GARDIACA	
☐	cateter Nazal		1	OUTROS: Cloroxina 2%	
☐	Atadun		1		
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
		Dilene	SUB- TOTAL		
		Luciano			
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
			TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	449	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Marcelo Regina Ribeiro		114-3		19 10/1 2011

TIPO	CIRURGIA	TEMPO DE DURAÇÃO	
Distensão de Clavícula		INICIO	FIM
		15:40	16:40
		TEMPO TOTAL	

CIRURGIÃO	EQUIPE MÉDICA	
1º AUXILIAR	ANESTESISTA:	Dr. Ana Paula
2º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:	Dr. Marcelo
	INSTRUMENTADOR	
	CIRCULANTE	

TIPO DE ANESTESIA: BPR + Sedação

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
☒	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		11	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
☐	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
☐	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
☐	LUVA ESTERIL 7.5		11	FIO VICRYL N° 2.0	
☐	LUVA ESTERIL 8.0		11	FIO MONONYLON N° 2.0	
☐	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
☒	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
☐	LÂMINA BISTURIN N° 15			FIO CATGUT SIMPLES N°	
☐	DRENO DE SUÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
☐	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°	
☐	DRENO DE PENROSE N°			FIO SEDA N°	
☐	SERINGA 01ML			SURGICEL	
☐	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
☐	SERINGA 05 ML			KIT CATARATAN N°	
☐	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
☐	SERINGA 20ML			SECA CARDIACA	
☐	cateter Nazal		1	OUTROS: Clorox 2%	

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



GOVERNO DO ESTADO DO
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopédia:

Tipo Cirurgia:

Data: 19 / 01 / 2018

Nº. DO PRONTUÁRIO: _____

Paciente: Maria Regina Ribeiro

Idade 44 a

Bloco: A Enfermaria 416 Leito: 03

Caixa: Pequeno Fragmento Bloqueado

Nº _____

Circulante: hda, Elizabeth, Nelson, Ribeiro Sala 01

Conferência Expurgo CME: _____

Material Utilizado:

Placa vlv

Parafusos - 16 1

Bloqueado - 18 1

Cortical Nº 16 1

Vitor Parizet Santiago
Ortopedista (Traumatologia)
CRM-RR 1695
RQE ORT Médico Responsável

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE MARIA REGINA RIBEIRO, 49 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 09/01/18, COM
DIAGNÓSTICO DE fx clavícula (E).

NO DIA 19/01/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
osteossíntese fx clavícula (E) SENDO

OPERADO PELO DR. Marcos A E DR. Vitor P.

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 21/01/18, ÀS 09:00h, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 07/02/18, ÀS 07:00h, COM O
DR. Vitor Paracat

ORIENTAÇÕES GERAIS :

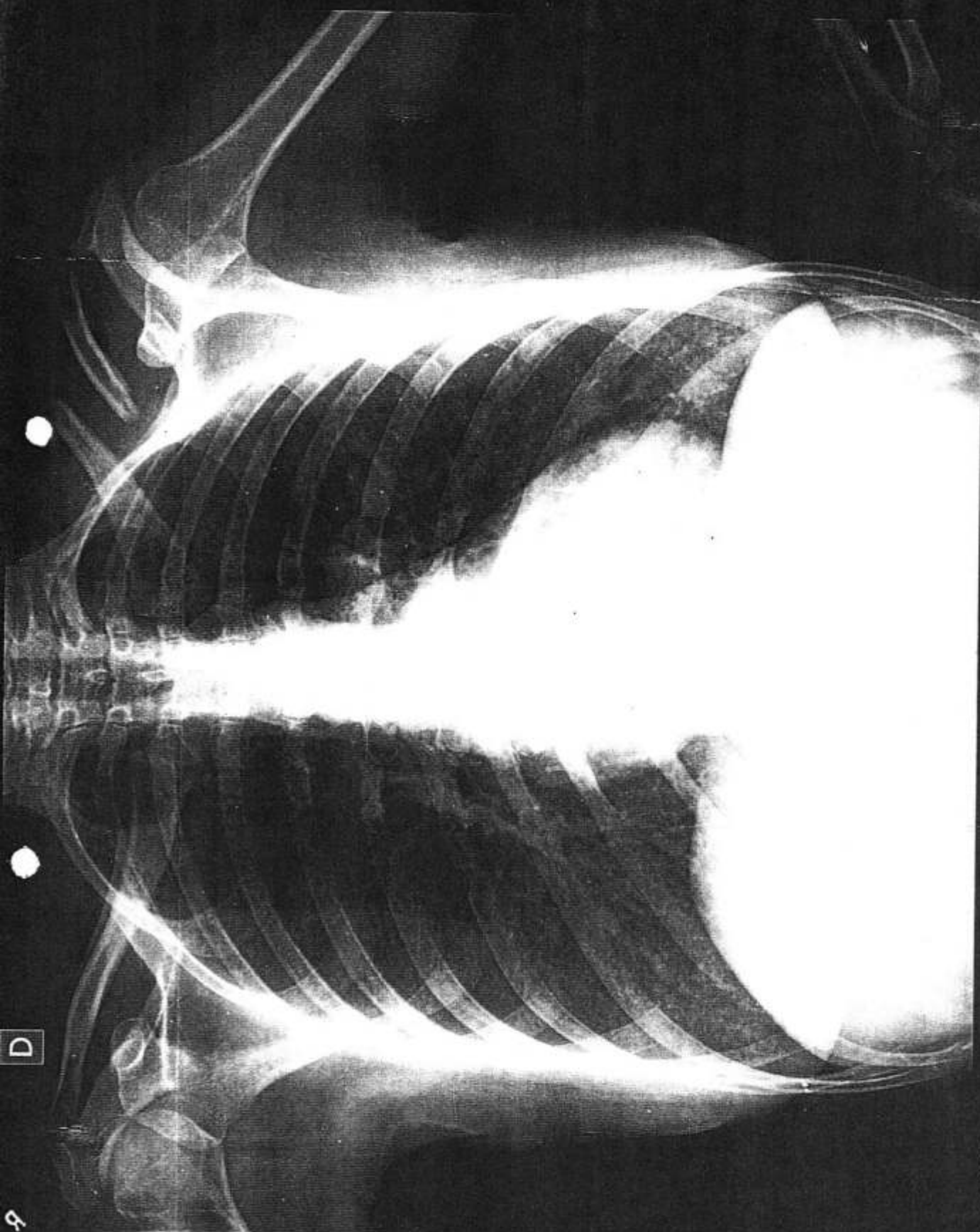
- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Marcos Brunner

BOA VISTA, 21/01/18

Dr. Marcus Brunner
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1917/R

MÉDICO



D

MARCIA REGINA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

BLOCO 116-3

TR WECSLEY

11/1/2018 10:16:15

50,6 %



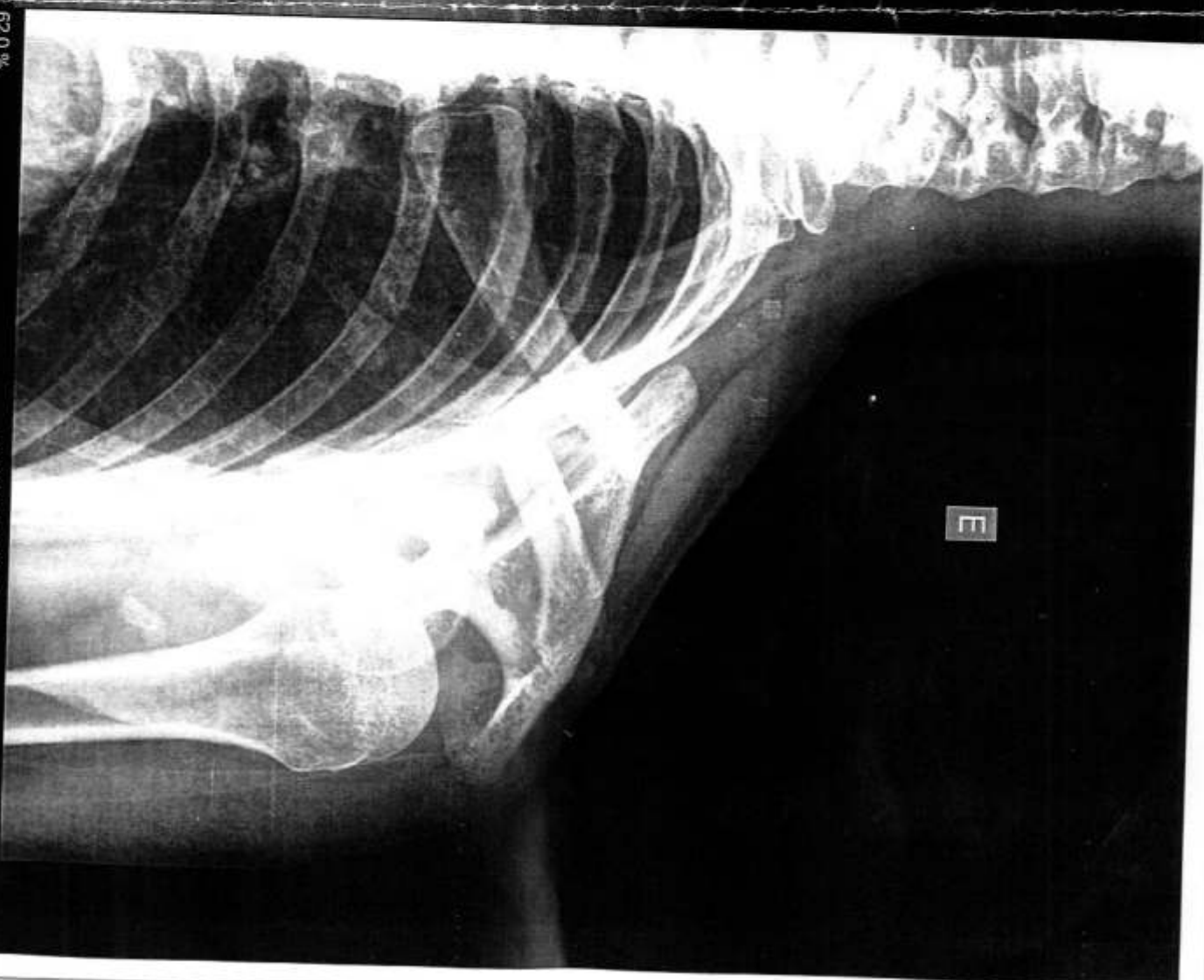
61.9 %

9/1/2018 13:13:10

, MARCIA REGINA RIBEIRO

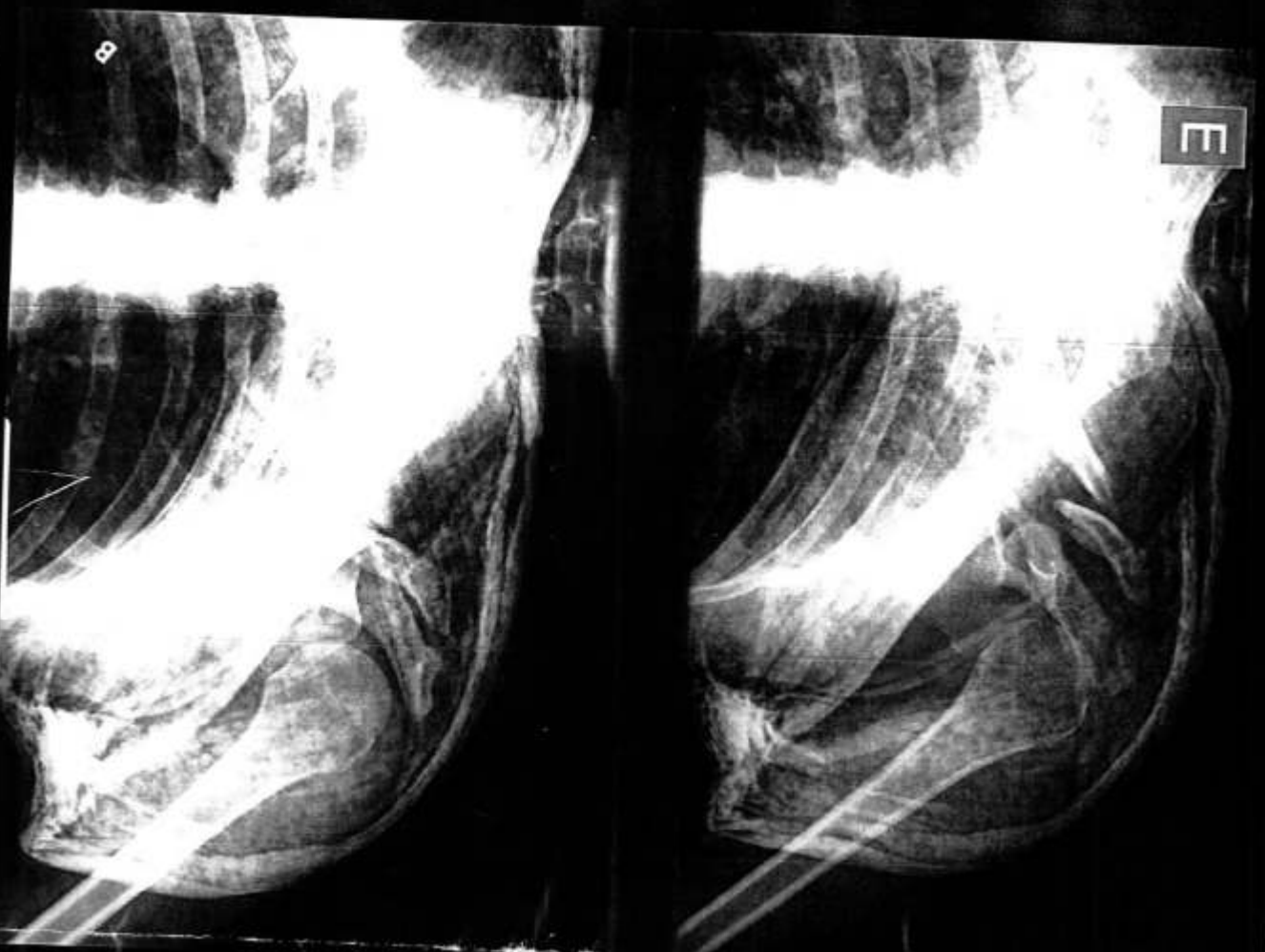
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

R DERISVALDO



62.0 %

9/1/2018 13:13:10

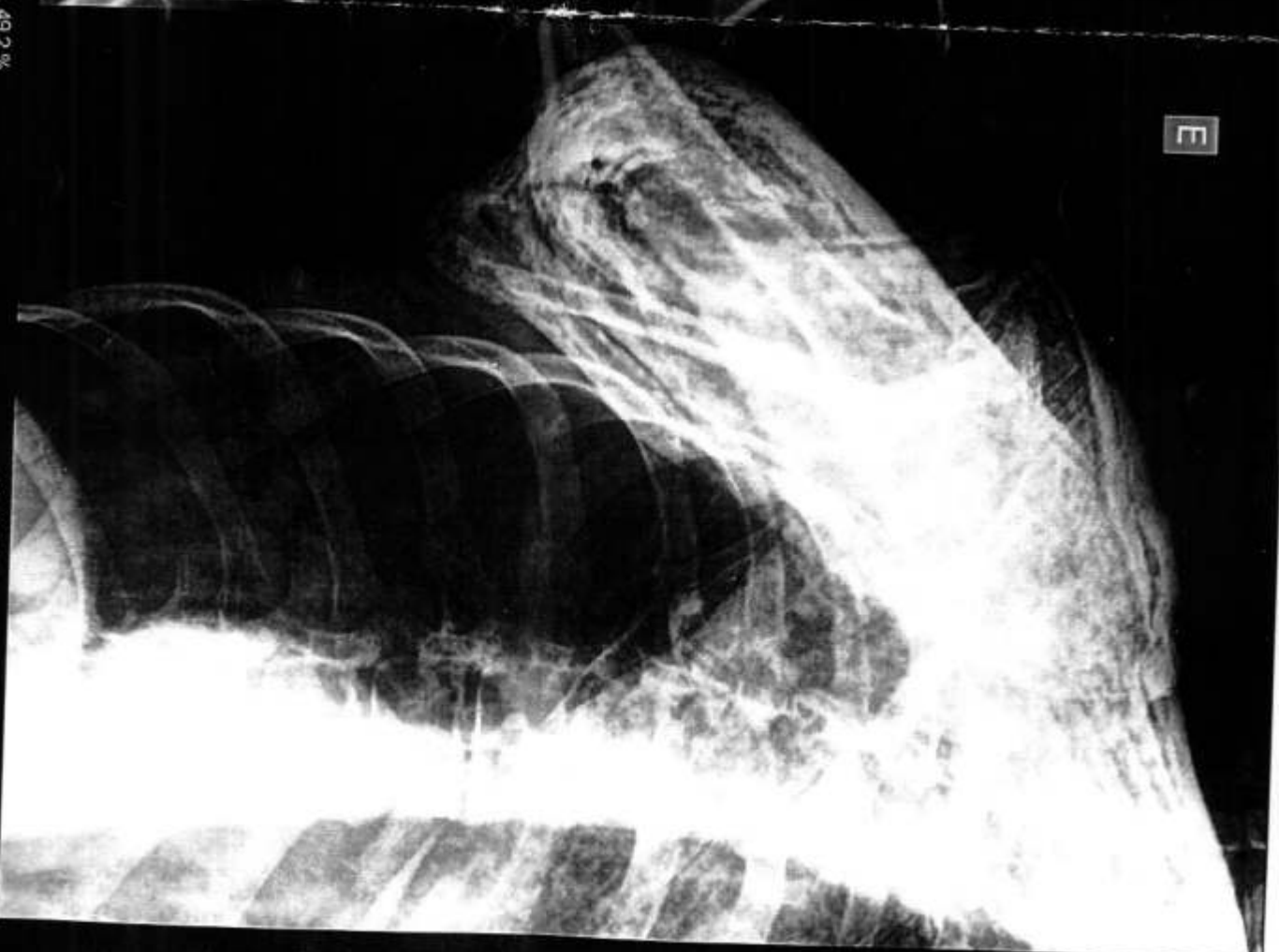


37,7 %

MARCIA REGINA,

12/1/2018 11:33:27

E



49,2 %

12/1/2018 11:33:27

MINISTÉRIO DAS RECURSOS

DETRAN-RP

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013187630579
01 0117080370 2017

MARIA DAS GRACAS KOCHA DA SILVA

065.236.252-49

MAF2085

PLACA ANTUF

9C2KD0810HR437455

ESPECIE TIPO

FAS/MOTOCICLETA/NAO-APLIE

ALCO/BASOL

MARCA/MODELO

HONDA/NXR160 BROS ESD

2017 2017

CAP/POT/OL

CA EGRIA

2017 2017

2P/0163CE/

PARTICU

AZUL

COTA UNICA

VENO COTA UNICA

VEIC/COTAS

1º *PADD*

2º *PADD*

1º *****

FAKAT/EXA

PARCELAMENTO/COTAS

2º *****

A ** PAGO COTA UNICA **

3º *****

PREMIO TAFIAR (R\$)

10% (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

08/05/2017

OBSERVAÇÕES

AL.FID. BANCO HONDA S/A * PROIB SAIR DA
AMAZON OCID *

EDUARDO SILVA de Castilho
Diretor Presidente-Interno

10/05/2017

DETRAN-RP

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200069447 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCIA REGINA RIBEIRO **Data do acidente:** 09/01/2018 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P16,17,20

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0056484/20

Vítima: MARCIA REGINA RIBEIRO

CPF: 383.075.292-04

Data do acidente: 09/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCIA REGINA RIBEIRO

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

D Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

MARCIA REGINA RIBEIRO : 383.075.292-04

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/02/2020

Nome: MARCIA REGINA RIBEIRO

CPF: 383.075.292-04

MARCIA REGINA RIBEIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/02/2020

Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0056484/20

Vítima: MARCIA REGINA RIBEIRO

CPF: 383.075.292-04

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 09/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCIA REGINA RIBEIRO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MARCIA REGINA RIBEIRO : 383.075.292-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/02/2020
Nome: MARCIA REGINA RIBEIRO
CPF: 383.075.292-04

MARCIA REGINA RIBEIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/02/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA