
Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200324076

Vítima: CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA

Data do Acidente: 29/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA

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, contados 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

Rio de Janeiro, 14 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200324076

Vítima: CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA

Data do Acidente: 29/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, emitido por órgão competente para registro de acidente de trânsito com vítima (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal e Corpo de Bombeiros Militar), devidamente assinado pela autoridade policial responsável.
------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200324076

Vítima: CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA

Data do Acidente: 29/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Não foi verificada a existência de sequela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

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:

852.823.592-00

4 - Nome completo da vítima:

CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA

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

5 - Nome completo:

CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA

7 - Profissão:

MODURISTA

8 - Endereço:

RUA RAMIRO DAMASCENO DA SILVA

6 - CPF:

852.823.592-00

9 - Número:

359

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

CENTENÁRIO

12 - Cidade:

BOA VISTA

15 - E-mail:

SANTAGUINACASRR@GMAIL.COM

13 - Estado:

RE

14 - CEP:

69.312-634

16 - Tel (DDD):

1951 99169-3685

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

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3906

CONTA:

20-684

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 (a nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

☐ 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 - RE 18/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

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

Ocorrência Nº: 8222/2020 - Registrado em: 05/08/2020 às 18h 01min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 29/04/2020 às 12h 20min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: ALTAIR PEREIRA DE MELO

Nº: S/N

CEP: 69300-000

Bairro: CIDADE SATELITE

Tipo de local: SUPERMERCADO

Referência: NA FRENTE DO SUPERMERCADO 3 IRMÃOS

Complemento: VIA PÚBLICA

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA (35), nascido(a) em 10/10/1984, sexo MASCULINO, solteiro(a), exercendo a profissão de ENTREGADOR, CPF Nº 852 823 592-00, País: BRASIL, natural de ALTO ALEGRE-RR, filho(a) de MARIA DO SOCORRO ALVES SILVA e COSMO SILVA, endereço: RAMIRO DAMASCENO DA SILVA, cep: 69312-634, Nº: 359, bairro: CENTENÁRIO, BOA VISTA-RR, complemento: CASA, referência: PROXIMO AMBEV, Telefone: (95) 99163-5424.

OBJETOS

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	APOLICE DE SEGURO	ACIDENTE DE TRANSITO SEGURO DPVAT

RELATO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE REGISTROU A SEGUINTE INFORMAÇÃO NA DELEGACIA ONLINE: SENHOR DELEGADO, O COMUNICANTE VEM INFORMAR QUE NO DIA E HORA ACIMA CITADOS ACONTECEU O SEGUINTE FATO. QUE TRAFEGAVA EM SUA MOTOCICLETA HONDA/NXR BROS 160 PLACA NAW 3096 CHASSI 9C2KD0810KR209513 RENAVAL 01194793999 DE COR VERMELHA ANO DE FABRICAÇÃO 2019/2019 DE PROPRIEDADE DE MARIA DO SOCORRO ALVES SILVA, QUE TRABALHA DE ENTREGADOR DE PIZZAS, PAROU PARA FAZER UMA ENTREGA E AO ACELERAR PARA SAIR DERRAPOU O PNEU DIANTEIRO SE DESEQUILIBROU CAIU E A MOTOCICLETA CAIU POR CIMA DA SUA PERNA, COM O PESO DA MOTO VEIO OCASIONAR UMA FRATURA NO JOELHO ESQUERDO, INFORMA QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU CAPITAL AO GRANDE TRAUMA DO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA HGR PARA PROCEDIMENTOS MÉDICOS. É O RELATO.

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

CLOVIS DE S. CELANE
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000258
ASSINADO ELETRONICAMENTE


CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA
COMUNICANTE

DECLARAÇÃO

EU, CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ENTREGADOR, INSCrito NO CPF SOB Nº 852.823.592-00, PORTADOR DA Cédula de IDENTIDADE SOB Nº 539422198 SSP/SP, RESIDENTE e DOMICILIADO NA RUA RAMIRO DAMASCENO DA SILVA Nº 359 BAIRRO: CENTENÁRIO CEP. - 69.312-634. NESTA CAPITAL BOA VISTA - ESTADO: RORAIMA.

VENHO INFORMAR A SEGURADORA LIDER DOS CONSORCÍOS DPVAT OU A QUEM POSSA INTERESSAR.

QUE FIZ O REGISTRO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA ON LINE EM RAZÃO DE TODAS AS DETECÇÕES DA CAPITAL ESTAREM SEM FUNCIONAMENTO PARA ESSE FIM DEVIDO A PANDEMIA DO COVID-19. EM ESPECIAL A DETECÇÃO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO (DAT.)

NO REFERIDO BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 8222/2020 NA DATA 05/08/2020 ÀS 18:01 MIN. RELATA TODAS AS INFORMAÇÕES TÁIS COMO:

PLACA, ANO DE FABRICAÇÃO, MODELO, CHASSI, RENAVAM, NOME DO PROPRIETÁRIO, E COR, ASSIM COMO TODAS AS INFORMAÇÕES DO OCORRIDO NO REFERIDO ACIDENTE, DIANTE DO EXPOSTO IMPOSSIBILITA EM NOSSO REGISTRO DE OCORRÊNCIA.

A DEMAIS ESSE DOCUMENTO É ASSINADO ELETRONICAMENTE PELA DETECÇÃO VIRTUAL POR SEU DETECADO TITULAR NESTE LOTADO.

CONFORME B.O. ANEXO.

É O RELATO.

BOA VISTA - RR, 16. DE SETEMBRO DE 2020.

Carlos Raphael Alves Silva
ASSINATURA DO DECLARANTE.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

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

Ocorrência Nº: 8222/2020 - Registrado em: 05/08/2020 às 18h 01min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 29/04/2020 às 12h 20min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

Logradouro: ALTAIR PEREIRA DE MELO

Bairro: CIDADE SATELITE

Referência: NA FRENTE DO SUPERMERCADO 3 IRMÃOS

Complemento: VIA PÚBLICA

UF: RR

Nº: S/N

CEP: 69300-000

Tipo de local: SUPERMERCADO

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA (35), nascido(a) em 10/10/1984, sexo MASCULINO, solteiro(a), exercendo a profissão de ENTREGADOR, CPF Nº 852 823 592-00, País: BRASIL, natural de ALTO ALEGRE-RR, filho(a) de MARIA DO SOCORRO ALVES SILVA e COSMO SILVA, endereço: RAMIRO DAMASCENO DA SILVA, cep: 69312-634, Nº: 359, bairro: CENTENARIO, BOA VISTA-RR, complemento: CASA, referência: PROXIMO AMBEV, Telefone: (95) 99163-5424.

OBJETOS

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	APOLICE DE SEGURO	ACIDENTE DE TRANSITO SEGURO DPVAT

RELATO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE REGISTROU A SEGUINTE INFORMAÇÃO NA DELEGACIA ONLINE: SENHOR DELEGADO, O COMUNICANTE VEM INFORMAR QUE NO DIA E HORA ACIMA CITADOS ACONTECEU O SEGUINTE FATO. QUE TRAFEGAVA EM SUA MOTOCICLETA HONDA/NXR BROS 160 PLACA NAW 3096 CHASSI 9C2KD0810KR209513 RENAVAM 01194793999 DE COR VERMELHA ANO DE FABRICAÇÃO 2019/2019 DE PROPRIEDADE DE MARIA DO SOCORRO ALVES SILVA, QUE TRABALHA DE ENTREGADOR DE PIZZAS, PAROU PARA FAZER UMA ENTREGA E AO ACELERAR PARA SAIR DERRAPOU O PNEU DIANTEIRO SE DESEQUILIBROU CAIU E A MOTOCICLETA CAIU POR CIMA DA SUA PERNA, COM O PESO DA MOTO VEIO OCASIONAR UMA FRATURA NO JOELHO ESQUERDO. INFORMA QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU CAPITAL AO GRANDE TRAUMA DO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA HGR PARA PROCEDIMENTOS MÉDICOS. É O RELATO

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

CLOVIS DE S. CELANE
POLÍCIA CIVIL
MATRÍCULA: 42000258
ASSINADO ELETRONICAMENTE



Carlos Raphael Alves Silva
CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA
COMUNICANTE

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT:

Data da solicitação:

Nome do beneficiário:

CPF do beneficiário:

Nome do solicitante:

CPF do solicitante:

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: ()

Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA

☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☒ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

☐ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☒ Outros: B.O. COM CARIMBO E MATRÍCULA DO AGENTE

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

VENHO PEDIR REANÁLISE EM VIRTUDE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA CONSTAR CARIMBO DA DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÁFICO (DAT) ASSIM COMO TAMBÉM NOME FULANO E MATRÍCULA DO AGENTE DE POLÍCIA NAS HAVENAS MOTIVOS PARA TÃO EXIGÊNCIA, UMA VEZ QUE ESTE REGISTRO CONSTA ASSINADO ELETRONICAMENTE NO SISTEMA DA DELEGACIA ON-LINE POR SEU DELEGADO TITULAR.

BOA VISTA - PR, 08/10/2020

Lócal e Data

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

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

Ocorrência Nº: 8222/2020 - Registrado em: 05/08/2020 às 18h 01min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 29/04/2020 às 12h 20min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: ALTAIR PEREIRA DE MELO

Nº: S/N

CEP: 69300-000

Bairro: CIDADE SATELITE

Tipo de local: SUPERMERCADO

Referência: NA FRENTE DO SUPERMERCADO 3 IRMÃOS

Complemento: VIA PÚBLICA

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA (35), nascido(a) em 10/10/1984, sexo MASCULINO, solteiro(a), exercendo a profissão de ENTREGADOR, CPF Nº 852 823 592-00, País: BRASIL, natural de ALTO ALEGRE-RR, filho(a) de MARIA DO SOCORRO ALVES SILVA e COSMO SILVA, endereço: RAMIRO DAMASCENO DA SILVA, cep: 69312-634, Nº: 359, bairro: CENTENARIO, BOA VISTA-RR, complemento: CASA, referência: PROXIMO AMBEV, Telefone: (95) 99163-5424.

OBJETOS

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	APOLICE DE SEGURO	ACIDENTE DE TRANSITO SEGURO DPVAT

RELATO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE REGISTROU A SEGUINTE INFORMAÇÃO NA DELEGACIA ONLINE: SENHOR DELEGADO, O COMUNICANTE VEM INFORMAR QUE NO DIA E HORA ACIMA CITADOS ACONTECEU O SEGUINTE FATO. QUE TRAFEGAVA EM SUA MOTOCICLETA HONDA/NXR BROS 160 PLACA NAW 3096 CHASSI 9C2KD0810KR209513 RENAVAM 01194793999 DE COR VERMELHA ANO DE FABRICAÇÃO 2019/2019 DE PROPRIEDADE DE MARIA DO SOCORRO ALVES SILVA, QUE TRABALHA DE ENTREGADOR DE PIZZAS, PAROU PARA FAZER UMA ENTREGA E AO ACELERAR PARA SAIR DERRAPOU O PNEU DIANTEIRO SE DESEQUILIBROU CAIU E A MOTOCICLETA CAIU POR CIMA DA SUA PERNA, COM O PESO DA MOTO VEIO OCASIONAR UMA FRATURA NO JOELHO ESQUERDO, INFORMA QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU CAPITAL AO GRANDE TRAUMA DO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA HGR PARA PROCEDIMENTOS MÉDICOS. É O RELATO.

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

CLOVIS DE S. CELANE
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000258
ASSINADO ELETRONICAMENTE



Carlos Raphael Alves Silva
CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA
COMUNICANTE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200324076 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA **Data do acidente:** 29/04/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P2,8,9,10,21,22,25,28,30,31)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR Nº3190570204 EM 25% DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. SINISTRO ATUAL LESIONADO NO MESMO SEGMENTO CORPORAL. SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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 joelho	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

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:

852.823.592-00

4 - Nome completo da vítima:

CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA

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

5 - Nome completo:

CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA

7 - Profissão:

MODURISTA

8 - Endereço:

RUA RAMIRO DAMASCENO DA SILVA

6 - CPF:

852.823.592-00

9 - Número:

359

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

CENTENÁRIO

12 - Cidade:

BOA VISTA

15 - E-mail:

SANTAGUINACASRR@GMAIL.COM

13 - Estado:

RE

14 - CEP:

69.312-634

16 - Tel (DDD):

1951 99169-3685

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

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3906

CONTA:

20-684

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 (mal nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

☐ 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 - RE 18/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0128446-0

RORAIMA ENERGIA S.A.

Av. Capitão Ene Garcez, 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1

Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº DA NOTA FISCAL 5641381 FCAM*

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2020	06/08/2020	114	111,67

LENARA LUCY WOTTRICH

CPF: 00078612454204

R. RAMIRO DAMASCENO DA SILVA 359 1 - CENTENARIO

CEP: 69.312-634 - BOA VISTA

DATAS DA LEITURA

Atual: 22/07/2020

Anterior: 19/06/2020

Próxima leitura: 20/08/2020

Emissão: 21/07/2020

Apresentação: 22/07/2020

Dias de consumo: 33

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	14EDB08332	NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)

Leit. Atual	kWh TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	kWh F.PONTA	INJETADO F.PONTA	kWh INTERMED.	INJETADO INTERMED.	kWh RESERVADO	INJETADO RESERVADO
6812								



Para contato com
a Roraima Energia
informe este

0032588-0

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ezequiel, 491 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 / Insc. Estadual: 24.887.022-1
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impresão autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº DA NOTA FISCAL 5485128 FCAH
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
Instituída pela Lei nº 10.438 de 24 de abril de 2002

CONTA MÊS	VENCIMENTO	COD	
JUNHO/2020	11/07/2020	298	254,87
RORAIMA PEREIRA DE SOUZA			CPF: 80067608658249
R. GIDEAO 312 - NOVA CANAÃ			
CEP: 69.314-406 - BOA VISTA			

DATAS DA LEITURA			
Atual:	18/06/2020	Anterior:	19/05/2020
Emissão:	17/06/2020	Apresentação:	18/06/2020
		Próxima leitura:	21/07/2020
		Dias de consumo:	30
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	11E0001198
		Faturamento	Modalidade
		NORMAL	CONVENC
DADOS DA LEITURA (kWh)			
	ANT. TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	INJETADO F.PONDA
Leit. Atual	27842		
Leit. Anterior	27544		
Constante	1,000		
Resíduo			
Medido	298		
Faturado:	298		
DESCRIÇÃO DE USO			
CONSUMO ILUMINAÇÃO PÚBLICA	298 A R\$		29,82

OUTRAS INFORMAÇÕES	HISTÓRICO
TARIFA SEM TRÊS DIAS R\$ A 298 - R\$ 11,778	0 12 13 80 1239 194 206 280 323 298 208

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 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/bibi/lotecaweb/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 COAF².

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

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

Pelo exposto, eu JOSÉ SANTANA FEITOSA GIMARÃES inscrito (a) no CPF 627.942.803, 68
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA inscrito
(a) no CPF sob o Nº 852.823.592/00 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 852.823.592/00 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

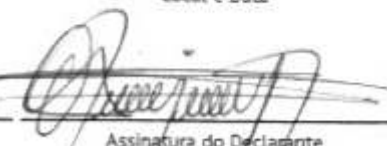
☒ Recuso informar

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>RUA GIDEÃO</u>		Número	<u>312</u>	Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>NOVA CANAÃ</u>	Cidade	<u>BOA VISTA</u>	Estado	<u>RR</u>	CEP
E-mail	<u>SANTANA.GIMARÃESRR@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)		
					<u>195199169-3685</u>	

BOA VISTA 19 de AGOSTO de 2020
Local e Data


Assinatura do Declarante

HCC

data 14.04.2020

SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

JGH

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

JGH

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

CARLOS RAPHAEL ALVES DA SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

44407

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

206907148055739

8 - DATA DE NASCIMENTO

10/10/1984

9 - SEXO

Masc ☒ 1Fem ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

maria do Socorro Alves da Silva

11 - TELEFONE DE CONTATO

95991729580

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua das Acaias 426 Jardim Primavera

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BV

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

RR

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Sobrecidente, queda de
e limitação funcional joelho esq

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Clínica

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

Rx perna esq

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA PLATO TIBIAL JOELHO

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Osteotomia PLATO TIBIAL LER

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

CINTEL

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

URGENCIA

28 - DOCUMENTO

CNS / CPF

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

5159526221

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Jens A Lopes Aguiar

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

29/04/20

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

Dr. Jens A. Lopes Aguiar
CRM 10000

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

() CNS () CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

29/04/20

0308010019
5821 T068
v799



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	CARLOS RAYMUNDO SILVA DA SILVA		
AGNÓSTICO	FRATURA PLATO TIBIAL LER		
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	25	LEITO	DATA 29/04/20
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		Manter
3	SF 0,9% 500ML EV S/N		SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		06-12-18-24
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA		06-18
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4		SN
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h		NTF
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	Suspensão	
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	Suspensão	
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		Atenção
13	SSVV + CCGG 6/6 H		Atenção
14	CURATIVO DIÁRIO		
15			
16	Atenção pre cirurgia		
17			
18			
19			
20			
21			

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: # CONDUÇÃO: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

Deixo

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

Deixo 06:00h
84 mg/dl

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

ENCAMINHAR AO

CAMARIMHO.



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - SALA DE RCP / GRANDE TRAUMA / HGR

DATA 29/09/20

NOME DO PACIENTE: Carlos Rafael Alves

SINAIS VITAIS

HORA	TAX	FC	FR	SpO ₂	P.A	HORA	TAX	FC	FR	SpO ₂	P.A
:						:					
:						:					
:						:					
:						:					
:						:					
:						:					
:						06:00					83
											140 x 80

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

REALIZAÇÃO DE DEXTRO

HORA	Resultado	Ins. Regular	Glicose 50%	Ass. Resp	HORA	Resultado	Ins. Regular	Glicose 50%	Ass. Resp
07:00					07:00				
08:00					08:00				
09:00					09:00				
10:00					10:00				
11:00					11:00				
12:00					12:00				
13:00					13:00				

Enfermeiro Matutino

Enfermeiro Vespertino

Enfermeiro Vespertino



ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - SALA DE RCP / GRANDE TRAUMA / HGR

DATA 29/04/20

NOME DO PACIENTE: Carlos Raphael Alves da Silva

SINAIS VITAIS

HORA	TAX	FC	FR	SpO2	P.A	HORA	TAX	FC	FR	SpO2	P.A	HORA	TAX	FC	FR	SpO2	P.A
08:00						14:00	36,0	81	21		135x80	:					
:						16:00	34,5	80	24		138x86	:					
10:00						18:00	36,7	82	25		135x85	:					
:												:					
12:00												:					
:												:					
14:00		76			137x85							16:00	36	68	22	-	135x88

Clínico: Carlos Vales
CORREN-ER 247.764-TE

Adriana 666 J09
Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

REALIZAÇÃO DE DEXTRO

HORA	Resultado	Ins. Regular	Clítoro 50%	Acc. Pump	HORA	Resultado	Ins. Regular	Clítoro 50%	Acc. Pump	HORA	Resultado	Ins. Regular	Clítoro 50%	Acc. Pump
07:00					13:00					19:00				
08:00					14:00					22:00				
09:00					15:00					23:00	90mg/dl	-	-	Supina
10:00					16:00					04:00				
11:00					17:00					06:00	92mg/dl	-	-	Supina
12:00	87	-	-	Adriane	18:00									
13:00					19:00									

Enfermeiro Matutino

Enfermeiro Vespertino

Enfermeiro Vespertino



UT

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE
RETAGUARDA**Eu CARLOS RABANAL ALVES SILVA CPF nº _____

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual(is) serei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico-assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

- Cirurgias pré-agendadas;
- Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
- Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;

5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;

6.) Confirmando que recebi explicações, li, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 29 de 04 de 2020.

Assinatura do paciente: _____

Responsável:

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº: _____ Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s) / procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/ responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, 29 de 04 de 2020. Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: Jesus A. Lopes Aguiar

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM _____ / _____

HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO

quinta-feira, 30 de abril de 2020

ADMISSÃO - CLÍNICA MÉDICA

Paciente: CARLOS RAPHAEL ALVES DA SILVA

Data de Nascimento: 10/10/84

CNS: 706907148055739

Data da Internação Hospitalar: 29/04/2020

Data da Internação no Canarinho: 30/04/2020

Comorbidades: nega

Medicações de uso contínuo:

Cirurgias prévias:

Alergias: nega

Hipótese Diagnóstica: fratura de platô tibial

História da Doença Atual: Paciente vítima de queda de moto com trauma em joelho esquerdo com fratura de platô tibial. Hoje admito paciente para programação cirúrgica.

Ao exame: BEG, vígil, eupneico em ar ambiente, hidratado, normocorado, afebril ao toque.

ACV: RCR, 2T, BNF sem sopros.

AR: MV+ s/ RA.

ABD: Plano, RHA+, normotimpânico, indolor à palpação.

EXT: BPP, panturrilhas livres, sem edemas.

CD: interno paciente aos cuidados da ortopedia



Marcos Shimati
Médico
CRM-RR 2042

LT 28

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - CANARINHO - HGRC

0103160

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - CANARINHO - HGRC

0103160

CARLOS RAPHAEL ALVES DA SILVA

706907148055739

10/10/1984

(95) 99172-9580

Masculino

MARIA DO SOCORRO ALVE SDA SIL

RUA - DAS ACACIAS

426

JARDIM PRIMAVERA

BOA VISTA

140010

RR

69.314-186

ORTOPEDIA

Eletivo

X

980016282482793

ILDERSON PEREIRA

228

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO 20/04/2020 DIH 29/04/2020 DN 10/10/1984

PACIENTE CARLOS RAPHAEL ALVES DA SILVA

DIAGNÓSTICO FRATURA DE PLATO TIBIAL

ALERGIAS HAS NEGA DM2 NEGA

IDADE 25 LEITO 28 DATA 30/4/2020

ITEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE SND

2 ACESSO VENOSO PERIFÉRICO MANTER

3 SF 0,9% 500ml EV SN

4 OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA

5 DIPIRONA 500MG EV 6/6H

6 TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN

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

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

9 SSVV + CCGG 6/6 H

10 SIMETICONA 40GTS VO 8/8H

11 CURATIVO DIÁRIO NTF

12 ROTINA

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H	10/80	69		35,8°C
12 H				
18 H	130x81	52		35,8°C
24 H	150/90	103		36,4°C

Marcos Shimiti
Médico
CRM-RR 42

Administrado medicações dipirona 1g ev.
+ Omeprazol 40mg ev. paciente s/ queixas,
suvu realizado no período. não foi adm.
med. simeticona, porque a farmácia não
disponibilizou.

Lucineide A. Lú...
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 866.540 TF lucineide

PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA

BLOCO – GT

NOME DO PACIENTE: CARLOS RAPHAEL ALVES DA SILVA

HD: FX PLATO TIBIAL.

DATA/HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
30/04/2020	1. Dieta oral livre	
	2. AVP	
	3. SF 0,9% 50ml EV S/N	
	4. Dipirona 500mg EV 6/6h	
	5. Omeprazol 40mg EV 1x/dia	
	6. Tramal 100mg + SF 0,9% 100ml EV 8/8h se dor intensa	
	7. Simeticona gotas 40 gotas VO 8/8h	
	8. Metoclopramida 10mg EV 8/8h SN	
	9. Captopril 25mg VO se PAS > 160 e/ou PAD > 110mmHg	
	10. SSV + CCGG 6/6h	
	11. Curativo diário	
	12. Transferir ao Hospital Canarinho e realizar programação cirúrgica com a equipe da Ortopedia.	

Dr. André Dutra Marçal
CRM 10000
04/04/2004

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR	
Até 200: 0	301 – 350: 06 UI
201 – 250: 02 UI	351 – 400: 08 UI
251 – 300: 04 UI	> 401: 10 UI
GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dl	

REGISTRO DE ENFERMAGEM				
SINAIS VITAIS				
Horário	06h	11h	17h	23h
PA				
FC				
Tax				
FR				
Evacuação				
Diurese				
Dextro				
Insulina Regular SNG				
Dreno				

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO				DN	
PACIENTE	CARLOS RAPHAEL ALVES DA SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX PLATO TIBIAL				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	25	LEITO	28	DATA	1/5/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H				06 12 18 24
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CURATIVO DIÁRIO				MANHÃ
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
22					
23					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)
CONFORME ESQUEMA: 200-250; 2UI; 251-300; 4UI; 301-350;
6UI; 351-400; 8UI; 401-450; 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML.
GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

RISCO OK

AG CIRURGIA

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	127/87	70		36,1	Lael Silva (Res Ortop)
12 H	110/80	75	-	36,1	CRM/RR 2015
18 H	110/70	77	-	36,1	Loamir Viana (Res Ortop)
24 H	120/80	74		36,1	CRM/RR 2124

Lael Silva (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Don Martins (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Bruno Vieira (Res Ortop)

CRM/RR 1231

18hs: Paciente no leito orientado em bom estado geral, aferido sinais vitais realizado medicação conforme prescrição.

Cláudio Augusto Oliveira
CRM/RR 599.293 - TE

20

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO				DN	
PACIENTE	CARLOS RAPHAEL ALVES DA SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX PLATO TIBIAL				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	25	LEITO	28	DATA	2/5/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CURATIVO DIÁRIO				MANHÃ
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

RISCO OK

AG CIRURGIA

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	120x80	61	19	36,3	Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015
12 H	140x60	69		36,5	Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124
18 H	Fera do leito				Don Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038
24 H	110x70	70	20	36,1	Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231

12h - Lactato = 94 mg/dl

07 as 19h - O paciente medicado com CPN, não administrado o item "5" das 18h e nem os SSVV das 18h, paciente não estava no leito, segue aos cuidados da enfermagem. Tcc: Genivaldo

28

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO				DN	
PACIENTE	CARLOS RAPHAEL ALVES DA SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX PLATO TIBIAL				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	25	LEITO	28	DATA	3/5/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				06 12 18 24
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CURATIVO DIÁRIO				MANHÃ
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
22					
23					

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% 10 ML EV + AMISAR PLANTONISTA.

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

RISCO OK

AG CIRURGIA

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	130/70	-	-	36,1
18 H	120/80	-	-	36,5
24 H	140/81	85	-	36°C

Lael Silva (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Don Martins (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Bruno Vieira (Res Ortop)

CRM/RR 1231

bits 30h frito AUP em MSD com gelos n° 18

28

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO				DN	
PACIENTE	CARLOS RAPHAEL ALVES DA SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX PLATO TIBIAL				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	25	LEITO	28	DATA	4/5/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				X
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				12/18/2020
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN				SN
8	NIFEDIPINO 20MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CURATIVO DIÁRIO				MANHÃ
12	TRANSFERIR P/ HGA - Gesso				
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
22					
23					

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 DULML.
GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	125x77	78	-	36,4°C	Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015
12 H	150/100	110	-	36,4°C	Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124
18 H	-	-	-	-	Don Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038
24 H	121x80	91	-	37,1°C	Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231

paciente HGR

28

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO				DN	
PACIENTE	CARLOS RAPHAEL ALVES DA SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX PLATO TIBIAL				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	25	LEITO	28	DATA	5/5/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				6 12 18 24
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN				SN
8	NIFEDIPINO 20MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CURATIVO DIÁRIO				MANHÃ
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
22					
23					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015
6 H	120/80	82		36,2	Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124
12 H	140/80	87		36,9	Don Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038
18 H	130/70	80		36,5	Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1731
24 H	113/69	87		36,3	

05/05 - 12:00 - LOTE CANHO, Localizado
em CR, Acetm Viém cran, Diminui
t. Glicemia. Presença de NRE no
momento.

Jefferson
COREN-RR 216.845-TE

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO				DN	
PACIENTE	CARLOS RAPHAEL ALVES DA SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX PLATO TIBIAL				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	25	LEITO	28	DATA	14/5/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				06 12 18 24
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN				SN
8	NIFEDIPINO 20MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CURATIVO DIÁRIO				MANHÃ
11	ALTA HOSPITALAR				
12					
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
22					
23					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

Lael Silva (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Don Martins (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Bruno Vieira (Res Ortop)

CRM/RR 1231

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO				DN	
PACIENTE	CARLOS RAPHAEL ALVES DA SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX PLATO TIBIAL				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	25	LEITO	28	DATA	14/5/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				06 12 18 24
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN				SN
8	NIFEDIPINO 20MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CURATIVO DIÁRIO				MANHÃ
11	ALTA HOSPITALAR				
12					
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
22					
23					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

Lael Silva (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Don Martins (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Bruno Vieira (Res Ortop)

CRM/RR 1231

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

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO				DN	
PACIENTE	CARLOS RAPHAEL ALVES DA SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX PLATO TIBIAL				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	25	LEITO	28	DATA	13/5/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				(6)
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				06 12 18 24 06
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN				SN
8	NIFEDIPINO 20MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CURATIVO DIÁRIO				MANHÃ
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
22					
23					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	92/67	64		36,4	Lael Silva (Res Ortop)
12 H	121/62	75		35,8	CRM/RR 2015
18 H	140/80	77		34,8	Loamir Viana (Res Ortop)
24 H	140/60	75		35,5	CRM/RR 2124

Lael Silva (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Don Martins (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Bruno Vieira (Res Ortop)

CRM/RR 1231

13/05-12.00- LOTE, DEAMBUL C/
MULTA, CATMO, ACUM DERM
URM, DERM E GUADE
Paciente, AVI MO em uso
BV

Jetro Nunes
CRM/RR 216.845-TE

28

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO				DN	
PACIENTE	CARLOS RAPHAEL ALVES DA SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX PLATO TIBIAL				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	25	LEITO	28	DATA	11/5/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				6 NTF
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				12 18 24 06
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	ONDASTRONA 8MG EB 8/8H SN				SN
8	NIFEDIPINO 20MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CURATIVO DIÁRIO				MANHÃ
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
22					
23					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS.

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	121/72	83	-	36,2
18 H	136/75	74		36,4
24 H				

Lael Silva (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Don Martins (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Bruno Vieira (Res Ortop)

CRM/RR 1231

19as 07hs -> Paciente medicada cpm,
Ter: Benivalda

28

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO				DN	
PACIENTE	CARLOS RAPHAEL ALVES DA SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX PLATO TIBIAL				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	25	LEITO	28	DATA	12/5/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				SN
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN				SN
8	NIFEDIPINO 20MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CURATIVO DIÁRIO				MANHÃ
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
22					
23					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS.

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H				
18 H	112/65	68		36,1
24 H	110/70	77		36,2

Lael Silva (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Don Martins (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Bruno Vieira (Res Ortop)

CRM/RR 2231

Adm. médica
a pirona 3g e
não foi adm.
razol, porque
farmácia não
disponibiliza
ret. o queiro
não realize
no período.

Lucineide
Lucineide A. Lima
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 866.340 TE

12h Paciente para exame no HM
18hs paciente no HM
feito exame com
SSVU 3g e
antibiotico 1g de amox
4/10/2020

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO				DN	
PACIENTE	CARLOS RAPHAEL ALVES DA SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX PLATO TIBIAL				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	25	LEITO	28	DATA	10/5/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				06-12-18-24
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	ONDASTRONA 8MG EB 8/8H SN				SN
8	NIFEDIPINO 20MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CURATIVO DIÁRIO				MANHÃ
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).
CONFORME ESQUEMA: 250-250; 2U; 251-300; 4U; 301-350;
6U; 351-400; 8U; ≥ 400; 16 U E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML.
GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

Lael Silva (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Loamiriana (Res Ortop)

CRM/RR 2114

Don Martins (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Bruno Vieira (Res Ortop)

CRM/RR 1231

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H	110x70	95		36.6
12 H	140x90	95		36.2
18 H	120x75	92		36.1
24 H	120x70	82		36.2

Paciente deitado no leito sem queixas, adm. medicação prescritas, aferido SSVV.

10/05/2020 Paciente no leito
aferido SSVV adm. medicação
LPM

Maria Jesus Silva Dias
Téc. em Enfermagem
COREN - RR 355.757 AE

Francenilda P. da Silva
COREN - RR 355.757 AE

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO				DN	
PACIENTE	CARLOS RAPHAEL ALVES DA SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX PLATO TIBIAL				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	25	LEITO	28	DATA	9/5/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				6
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				06 12 18 24
7	ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN				SN
8	NIFEDIPINO 20MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CURATIVO DIÁRIO				MANHÃ
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
22					
23					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	122/90	77		36,5	Lael Silva (Res Ortop)
12 H	130/90	80		36,4	CRM/RR 2015
18 H	120/80	82		36	Loamir Viana (Res Ortop)
24 H	90/54	89		36,8	CRM/RR 2124

Don Martins (Res Ortop)
CRM/RR 2038
Bruno Vieira (Res Ortop)
CRM/RR 1231

07 as 19. Afevdo SSV e feto item (5) paciente
refere dor. Segue aos cuidados da enfermagem.

Loedi C. Messchmidt
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 527801-AUX.

28

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO				DN	
PACIENTE	CARLOS RAPHAEL ALVES DA SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX PLATO TIBIAL				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	25	LEITO	28	DATA	8/5/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM, Y
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				6:15
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				06:17/18/24 @ 20:35
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN				SN
8	NIFEDIPINO 20MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CURATIVO DIÁRIO				MANHÃ
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
22					
23					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS.

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H	119x75	85		36.4
12 H	134x85	82	-	36.0
18 H	122/79	109		36.5
24 H	125x72	91		36.2

Lael Silva (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Don Martins (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Bruno Vieira (Res Ortop)

CRM/RR 1231

11:5 Paciente no leito. Venceu SSVV
sem intercorrências aux. Bula.

28

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO				DN	
PACIENTE	CARLOS RAPHAEL ALVES DA SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX PLATO TIBIAL				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	25	LEITO	28	DATA	7/5/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				(5)
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				(06/12/18/24)
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN				SN
8	NIFEDIPINO 20MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CURATIVO DIÁRIO				MANHÃ
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
22					
23					

não tem na farmácia
relaxar
sem dor.

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:
5UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML.
GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP	Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015
6 H	114 x 80	73		35,8°C	Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124
12 H	107 x 59	82		36,7°C	Don Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038
18 H	110 x 80	80		36,5°C	Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231
24 H	110 x 60	89		36,8°C	

12:00h Reavaliar ite S.
SSVV, anal. f. card. os

Raimundo M. de S. Campello
Téc. Enfermagem
COREN-RR 000.000.000-02 - TE

28

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO				DN	
PACIENTE	CARLOS RAPHAEL ALVES DA SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX PLATO TIBIAL				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	25	LEITO	28	DATA	6/5/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				06 12 18 24
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN				SN
8	NIFEDIPINO 20MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CURATIVO DIÁRIO				MANHÃ
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
22					
23					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	111/72	70		36,2	Lael Silva (Res Ortop)
12 H	110x70	-	-	36,2	CRM/RR 2015
18 H	130x70	73		36,3	Loamir Viana (Res Ortop)
24 H	103/65	70		36,6	CRM/RR 2124

Den Martins (Res Ortop)
CRM/RR 2038
Bruno Vieira (Res Ortop)
CRM/RR 1231

12h Realizado medicação e SSVV matutino

19 is or paciente notificado
Siquiera.

Marcos Paulo Pereira da Silva
Médico de Emergência
Corem-RR 461.069 AE



Nome: **CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA**
Data: 12/05/2020 Idade: 35A Procedência: **HGR**
Médico Solicitante: **DOMINGOS SAVIO**

Cód. Pac.: 56380

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE JOELHO ESQUERDO

Protocolo

Foram realizadas aquisições axiais de 1 mm, em aparelho multidetector.

Indicação

- Fratura de platô tibial.

Relatório

- Estudo realizado em aparelho engessado.
- Fratura cominutiva, com múltiplas linhas de fratura envolvendo os platôs tibiais medial, lateral e central, destacando extensão intra-articular, com acentuada fragmentação / cominuição das espinhas tibiais.
- Intenso infradesnível da região mais interna do platô tibial lateral (infradesnível de até 1,5 cm em relação a superfície articular).
- Múltiplas linhas de fratura envolvendo a cortical interna da metadiáfise, com discreto desalinhamento.
- Fratura lineariforme alinhada, estendendo-se junto a cortical posterior da tibia inferiormente, até porções que não foram incluídas no estudo. Correlacionar com radiografia / TC da perna distal.
- Edema difuso subcutâneo, predominando na região anterior do joelho.
- Discreto derrame articular / hemartrose.
- Demais estruturas ósseas sem particularidades de nota.

Dr Daniel Lopes Azevedo, RQE 566
Responsável Técnico

Dr Daniel Lopes Azevedo
Membro titular do CBR

CRM:1191 RR

NOTA: As informações contidas neste resultado representa a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação da mesma pode ser modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.

RADIOGRAFIA DIGITAL

Nome: Carlos Raphael Alves Silva
Data: 10.06.2020

Idade: 35 anos

Radiografia do Joelho Esquerdo (AP / Perfil)


Fratura complexa na região meta-epifisária proximal da tibia, com extensão articular, destacando-se infradesnívelamento do platô tibial lateral.

Restante da estrutura óssea visibilizada com transparência habitual.

Partes moles periarticulares com transparência conservada.

Como todo exame complementar, deve ser interpretado juntamente com os demais achados clínicos e laboratoriais para que haja valorização dos achados.

Com os cumprimentos,


Dr. Paulo Emerick
CRM (RR) 2091 /RQE 778
Médico Radiologista
Membro Titular do Colégio
Brasileiro de Radiologia

ENDEREÇO DE ATENDIMENTO

Av. Mário Homem de Melo 5435 – Bairro Tancredo Neves – Tel: 3625-1108 (CLÍNICA EXAMME)

3D Volume 2
Ext: 932

Set5
Volume Rendering No cut

DFOV: 19.7 cm
SOFT/SS50 No Image Filter

I 120

CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA
CLINISCAN
M 35 56380
DoB: Out 10 1984
Ext: Mai 12 2020



500/1

No VOI
KV: 120
mA Mod.
Rot: 1.00s/HE+ 19.4mm/rot
0.6mm 0.969:1/0.62sp
Tilt: 0.0
12:21:00
M = 1990 L = 345

I 317

3D Volume 2
Ext: 932

Set5
Volume Rendering No cut

DFOV: 19.7 cm
SOFT/SS50 No Image Filter

S

CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA
CLINISCAN
M 35 56380
DoB: Out 10 1984
Ext: Mai 12 2020



501/2

No VOI
KV: 120
mA Mod.
Rot: 1.00s/HE+ 19.4mm/rot
0.6mm 0.969:1/0.62sp
Tilt: 0.0
12:21:00
M = 1990 L = 345

Set5
Volume Rendering No cut
DFOV: 19.7 cm
SOFT/SS50 No Image Filter

3D Volume 2
Ext: 932

Set5
Volume Rendering No cut

DFOV: 19.7 cm
SOFT/SS50 No Image Filter

S

CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA
CLINISCAN
M 35 56380
DoB: Out 10 1984
Ext: Mai 12 2020



501/1

No VOI
KV: 120
mA Mod.
Rot: 1.00s/HE+ 19.4mm/rot
0.6mm 0.969:1/0.62sp
Tilt: 0.0
12:21:00
M = 1990 L = 345

I

3D Volume 2
Ext: 932

Set5
Volume Rendering No cut

DFOV: 19.7 cm
SOFT/SS50 No Image Filter

S

CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA
CLINISCAN
M 35 56380
DoB: Out 10 1984
Ext: Mai 12 2020

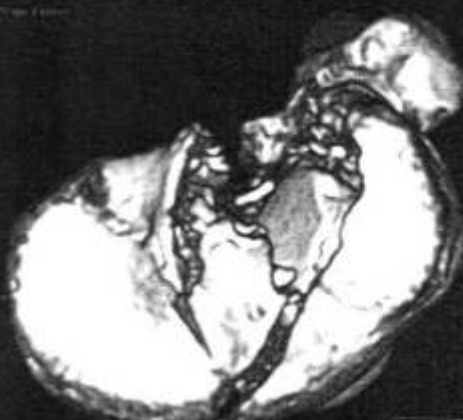


501/3

No VOI
KV: 120
mA Mod.
Rot: 1.00s/HE+ 19.4mm/rot
0.6mm 0.969:1/0.62sp
Tilt: 0.0
12:21:00
M = 1990 L = 345

Set5
Volume Rendering No cut
DFOV: 19.7 cm
SOFT/SS50 No Image Filter

Set5
Volume Rendering No cut
DFOV: 19.7 cm
SOFT/SS50 No Image Filter





49.97

49.64



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013774944856
01 0194793999 2019

PLACA DO VEÍCULO: 293.101.803

293.101.803

PLACA: 293.101.803

HONDA/NXR150 BROS ESDD
2019 2019

293.101.803
PARTICU VERDE LHA

1 - PABO
2 - PABO
3 - PABO COM UNICA

SEGURO OBRIGATORIO

DOCUMENTO DE PORTADORIA
NÃO VÁLIDO PARA

809 VISTA-RR

28/06/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
TRANSPORTADOS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013774944856 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 28/06/2019
01 293.101.803-15 PLACA NAW3096

01194793999 HONDA/NXR150 BROS ESDD
2019 9 9C2KD0810KR209513

PRÊMIO TARIFÁRIO

PIS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SERVIÇO (R\$)
R\$21.03	R\$2.84	R\$23.37
CUSTO DO BILHETE (R\$)	ICP (R\$)	TOTAL SERVIÇOS (R\$)
R\$4.15	R\$0.19	R\$51.67
COOTA UNICA	PAGAMENTO	DATA DE OUTUBRO 14/06/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.243.606/0001-01

013774944856

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0254968/20

Vítima: CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA

CPF: 852.823.592-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/04/2020

Titular do CPF: CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA : 852.823.592-00

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: 10/09/2020
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES
CPF: 627.942.803-68

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT:

Data da solicitação: 08/10/2020

DD/MM/AA

Nome do beneficiário: CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA

CPF do beneficiário: 852823592-00

Nome do solicitante: JESSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

CPF do solicitante: 637.942.903-68

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (95) 9167-8685

Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail: SANTANAGUIMARAES@GMAIL.COM

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE**MOTIVO DA SOLICITAÇÃO**☐ DISCORDO DA NEGATIVA☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO☒ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS**ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?**☐ NÃO☒ SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:☐ Novos documentos médicos☐ Laudo do IML☐ Boletim de Ocorrência☐ Notas fiscais complementares☒ Outros: B.O. COM CARIMBO E MATRÍCULA DO AGENTE

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

VENHO PEDIR REANÁLISE EM VIRTUDE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA CONSTAR CARIMBO DA DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÁNSITO (DAT) ASSIM COMO TAMBÉM NOME FULCANO E MATRÍCULA DO AGENTE DE POLÍCIA NAS HAVENAS MOTIVOS PARA TÁIS EXIGÊNCIA, UMA VEZ QUE ESTE REGISTRO CONSTA ASSINADO ELETRONICAMENTE NO SISTEMA DA DELEGACIA ON-LINE POR SEU DELEGADO TITULAR.

BOA VISTA - PR, 08/10/2020

Local e Data

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

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

Ocorrência Nº: 8222/2020 - Registrado em: 05/08/2020 às 18h 01min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 29/04/2020 às 12h 20min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: ALTAIR PEREIRA DE MELO

Nº: S/N

CEP: 69300-000

Bairro: CIDADE SATELITE

Tipo de local: SUPERMERCADO

Referência: NA FRENTE DO SUPERMERCADO 3 IRMÃOS

Complemento: VIA PÚBLICA

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA (35), nascido(a) em 10/10/1984, sexo MASCULINO, solteiro(a), exercendo a profissão de ENTREGADOR, CPF Nº 852 823 592-00, País: BRASIL, natural de ALTO ALEGRE-RR, filho(a) de MARIA DO SOCORRO ALVES SILVA e COSMO SILVA, endereço: RAMIRO DAMASCENO DA SILVA, cep: 69312-634, Nº: 359, bairro: CENTENARIO, BOA VISTA-RR, complemento: CASA, referência: PROXIMO AMBEV, Telefone: (95) 99163-5424.

OBJETOS

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	APOLICE DE SEGURO	ACIDENTE DE TRANSITO SEGURO DPVAT

RELATO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE REGISTROU A SEGUINTE INFORMAÇÃO NA DELEGACIA ONLINE: SENHOR DELEGADO, O COMUNICANTE VEM INFORMAR QUE NO DIA E HORA ACIMA CITADOS ACONTECEU O SEGUINTE FATO. QUE TRAFEGAVA EM SUA MOTOCICLETA HONDA/NXR BROS 160 PLACA NAW 3096 CHASSI 9C2KD0810KR209513 RENAVAM 01194793999 DE COR VERMELHA ANO DE FABRICAÇÃO 2019/2019 DE PROPRIEDADE DE MARIA DO SOCORRO ALVES SILVA, QUE TRABALHA DE ENTREGADOR DE PIZZAS, PAROU PARA FAZER UMA ENTREGA E AO ACELERAR PARA SAIR DERRAPOU O PNEU DIANTEIRO SE DESEQUILIBROU CAIU E A MOTOCICLETA CAIU POR CIMA DA SUA PERNA, COM O PESO DA MOTO VEIO OCASIONAR UMA FRATURA NO JOELHO ESQUERDO, INFORMA QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU CAPITAL AO GRANDE TRAUMA DO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA HGR PARA PROCEDIMENTOS MÉDICOS. É O RELATO.

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

CLOVIS DE S. CELANE
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000258
ASSINADO ELETRONICAMENTE



Carlos Raphael Alves Silva
CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA
COMUNICANTE



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: MOTORISTA RG: 539422198 SSP/SP
CPF: 852.823.592-00 ENDEREÇO: RUA CAMILO DAMASCENO 359
BAIRRO: CENTENARIO CIDADE: BOA VISTA - RORAIMA
CEP: 69.312-634

VÍTIMA: CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA
CPF: 852.823.592-00 DATA DO ACIDENTE: 29-04-2020
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

NOME: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AUTONOMO
Nº DO RG: 114876399-3 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/MA
DATA DE EMISSÃO: 06-07-1999
Nº CPF: 627.942.803-68
ENDEREÇO: RUA ONDEAS NE 312 BAIRRO: NOVA CANAÃ

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

BOA VISTA - RR, 18 de MAIO de 2020

Carlos Raphael Alves Silva
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0254968/20

Número do Sinistro: 3200324076

Vítima: CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA

CPF: 852.823.592-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/04/2020

Titular do CPF: CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

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: 23/09/2020
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES
CPF: 627.942.803-68

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO