

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2966520120210201174829

Processo 0800249-37.2021.8.23.0010 ⭐ - (24 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
Realces	Realçar Movimentos de: <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória				
Filtros	Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/>				
9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9	500 por pág. 1				
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
<input type="checkbox"/> 9	01/02/2021 17:48:29	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
		9.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	‡ 2779731CONTESTACAO01.pdf	Público
		9.2 Arquivo: docs	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	‡ 2779731CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
		9.3 Arquivo: kit seguradora lider	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	‡ KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público
LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA					
(Pelo advogado/curador/defensor de RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA) em 21/01/2021 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (11/01/2021) e ao evento de expedição seq. 7.				SISTEMA CNJ	
EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO					
Para advogados/curador/defensor de RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (11/01/2021)				ADILVANE BORSATTO Analista Judiciária	
<input type="checkbox"/> 8	22/01/2021 00:00:54	CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE	JARBAS LACERDA DE MIRANDA Magistrado		
		CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ		
		RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ		
		REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR	SISTEMA CNJ		
		Registro de Distribuição			
		DISTRIBUÍDO POR SORTEIO	SISTEMA CNJ		
		4ª Vara Cível			
<input type="checkbox"/> 1	08/01/2021 09:32:31	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	MARLON TAVARES DANTAS Advogado		



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190681235

Vítima: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 27/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA 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, 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

Carta nº 15233773





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 30 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190681235

Vítima: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 27/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do 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 informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00557/00558 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 15305172

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ5RM U2UCF J4F63 9G9MU



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190681235

Vítima: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 27/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 0000041544-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:
www.seguradoralider.com.br/recomeco.

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: 4 - Nome completo da vítima:
151.038.462-68 Raimundo Nonato Ribeiro da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: Raimundo Nonato Ribeiro da Silva 6 - CEP: 151.038.462-68
7 - Profissão: Pedreiro 8 - Endereço: Rua Edmilson José Costa 9 - Número: 738 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Equatorial 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317-314
15 - E-mail: lidevboavista.pendencia@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): 19519917-5392

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:

RECUZO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 RS2.501,00 ATÉ RS5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE RS5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 41544 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: 10 SET 2019

Autorizo a Seguradora Lider 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro/vainascer? 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 Lider 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 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

40 - Local e Data, 21 de Agosto 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Raimundo Nonato Ribeiro da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020006/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/07/2019 12:28 Data/Hora Fim: 04/07/2019 12:51
Origem: Polícia Judiciária Data: 04/07/2019
Delegado de Policia: Alexander Lopes da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 27/04/2019 07:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR) Bairro: Cidade Satélite
Logradouro: RR-205

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA (VÍTIMA , COMUNICANTE , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: MA - Brejo Sexo: Masculino Nasc: 12/11/1951
Profissão: Pedreiro Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Viúvo(a)
Nome da Mãe: Raimunda Ribeiro da Costa Nome do Pai: Severo Pereira da Silva

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 151.038.462-68

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Edmilson José da Costa Nº: 738
Complemento: Casa
Bairro: Equatorial
Telefone: (95) 98102-4972 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 151.038.462-68	Placa NAQ-4013
Renavam 01081940279	Número do Motor KD08E1G205445
Número do Chassi 9C2KD0810GR205520	Ano/Modelo Fabricação 2016/2016
Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/NXR160 BROS ESDD
Modelo HONDA/NXR160 BROS ESDD	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado

Nome Envolvido	Envolvimentos
Raimundo Nonato Ribeiro da Silva	Proprietário



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020006/2019

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que é habilitado Nº 03185783190, compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava na motocicleta de sua propriedade devidamente descrita acima, onde se deparou com uma manada de bois, vindo à colidir em um. Que sofreu lesões corporais e foi socorrido por um equipe do SAMU até o HGR, para atendimento médico. Que esse registro é para fins de Seguro DPVAT. É o registro.

DAT ASSINATURAS

04 JUL. 2019

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 429909008
Responsável pelo Atendimento

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

Raimundo Nonato Ribeiro da Silva
(Vítima / Envolvido / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (o/a) principal(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-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MOSTC

1-002 CÓDIGO DA ASI: 3-CPF da vítima: 4-Nome completo da vítima: 15A.038.442-68 Raimundo Norato Ribeiro da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP NR 415/2012

5- Nome completo: Raimundo Norato Ribeiro da Silva 6- CPF: 15A.038.442-68
7- Endereço: Rua Odilon José Costa 11- Comunidade:
12-Districto: Centro 12- Cidade: Rio Branco
13- Bairro: Centro 14- CEP: 69.317-344
15- Logradouro: Rua Vista 15- CEP: 69.317-344
16- Endereço: pendencia@hotmail.com 16- CEP: 69.317-344

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTORE CURADOR) PARA VITIMA/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, sob os termos da Lei nº 8.437/92, respeito ao endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR COPIA).

20- RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSO INFORMAR R\$ 0,00 A R\$ 300,00 R\$ 3.001,00 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 - DPVAT

CONTA POUPANÇA (Somente com os bancos abaixo. Adicione uma opção): CONTA CORRENTE (Início de operação):
Nome do BANCO: 10 SET 2019

Bradesco (232) Itaú (342) Banco do Brasil (003) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0013 CONTA: 415 44 AGÊNCIA: CONTA: 08 SET 2019

(Informar o dia que se abriu) (Informar o dia que se abriu) (Informar o dia que se abriu) (Informar o dia que se abriu)

Autorizo a Seguradora SLIDER a credenciar na conta da cédula informada, de minha filha, para o valor de indenização referente ao acidente de trânsito, reconhecido e devido, condicionalmente, após a liberação da cédula de crédito, quaisquer tipos de valores referentes ao acidente de trânsito.

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

Declaro, sob a responsabilidade legal, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para a fixação da indenização da Seguro DPVAT por invalidez permanente, trazendo justificativa das seguintes:

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 atendimentos para o Seguro DPVAT, ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza atendimentos para o Seguro DPVAT, ou

Há IML que atende a região do acidente ou da minha residência, mas o atendimento é feito por meio de delegados, que não realizam atendimentos para o Seguro DPVAT, ou

Até o momento não encontrei, nem fiz o reexame, de entidade credenciada, para aferir a existência de lesões que possam ser consideradas devidas ao acidente de trânsito, conforme Lei 6.135/74, art. 3º, §2º. Declaro que estou ciente das regras e prazos para a apresentação e provas de que o laudo deve ser emitido no prazo de 10 dias úteis, contados a partir da data da assinatura da cédula de crédito.

08 SET 2019

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23- Estado Civil da vítima: Solteiro Casado (no civil) Viúvo Separado judicialmente Divorciado 24- Data da morte: 08/06/2019

25- Grau de Parentesco com a vítima: 26- Vítima deixou co-participante(s): Sim Não 27- Se a vitima deixou co-participante(s), inserir o nome completo:

28- Víctima: Sim Não 29- Se a vítima informar leva 10%: Não Sim 30- Vítima deixou Sim Não 31- Vítima: Sim Não 32- Se a vítima, estiver em tratamento: Não Sim 33- Vítima deixou Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora SLIDER pagará, caso de óbito, o valor de 10% do Seguro DPVAT, ou menor das lesões beneficiárias que são apresentadas e provadas neste laudo, quando da morte da vítima, caso resultante de acidente de trânsito, conforme art. 6.135/74, art. 3º, §2º. Declaro que estou ciente das regras e prazos para a apresentação e provas de que o laudo deve ser emitido no prazo de 10 dias úteis, contados a partir da data da assinatura da cédula de crédito.

34- Nome legível do quem assina a cédula/pedido: 35- Nome legível do quem assina a cédula/pedido: 36- CPF legível de quem assina a cédula/pedido:

37- Assinatura de quem assina a cédula/pedido: 38- 1º Assinatura: _____ CEP: _____ Assinatura do testemunho: _____

39- 2º Assinatura: _____ CEP: _____ Assinatura da testemunha: _____

40- Local e Data: Rio Branco - 21 de Agosto 2019 Assinatura da testemunha: _____

41- Assinatura do Representante Legal (se houver): 42- Assinatura da vítima/beneficiária (descreva): 43- Assinatura do Encarregador (se houver):

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

ÁREA DE SINISTROS - DPMAJ
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

CONFERE COM O ORIGINAL

		<p style="text-align: center;">GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192</p>																																	
<p style="text-align: center;"><i>08-09-2014 - NOITE - RIO BRANCO - PI - 6727</i></p> <p style="text-align: center;">FICHA DE ATENDIMENTO</p>																																			
UNIDADE: BRAVO 5 EQUIPE: TE TEIXEIRA, CONSTANCIA MARCUS																																			
<i>Paciente: Priscilla Nonato Ribeiro da Silva Idade: 68 Sexo: F M F</i> <i>Nacionalidade: Raça: Branca Negra Parda Amarela Indígena-Etnia</i> <i>Endereço: ED - 125 - 1000 - Centro - Centro</i> <i>Ponto de referência: Rua Vilma Jardim</i>																																			
CHAMADA	Nº da Ocorrência:	DATA	ACIONAMENTO:																																
	Médico (a) Regulador (a):		HORA CHEGADA NO LOCAL (HH:MM)																																
AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no sentido de acidente)	MOTIVO	<input checked="" type="checkbox"/> SOCORRO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR <input type="checkbox"/> APOIO <input type="checkbox"/> OUTROS	MECANISMO DE TRAUMA																																
	AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Colisão X _____ <input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro Dianteiro <input type="checkbox"/> Passageiro Traseiro	AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> Uso do cinto <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Vítima projetada <input type="checkbox"/> Vítima encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag	MOTOBICICLETA <input checked="" type="checkbox"/> Acidente com moto <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Com capacete <input type="checkbox"/> Sem capacete <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> condutor <input type="checkbox"/> queda de Bicicleta <input type="checkbox"/> passageiro	VIOLÊNCIA <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Espancamento <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual	OUTROS <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Alt. Aprox. <input type="checkbox"/> Acidente Doméstica <input type="checkbox"/> Queimadura Agente <input type="checkbox"/> Agressão p/ anim <input type="checkbox"/> Outros: _____																														
AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na viatura)	AVALIAÇÃO INICIAL																																		
	Vias Aéreas <input type="checkbox"/> Apneia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input checked="" type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Eufnéico <input type="checkbox"/> Obstruída <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Taquipnèia		Ventilação <input type="checkbox"/> Abolida <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <input type="checkbox"/> Hiperlimpanismo <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> M.V. Ausente <input type="checkbox"/> M.V. Diminuído <input type="checkbox"/> Maciez		Circulação <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s <input type="checkbox"/> Taquicardia		Aval. Neurológica <input type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> DNV <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Alcoolizado																												
ACAO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na viatura)	SINAIS VITAIS E ESCORES <table border="1"> <thead> <tr> <th>Hora</th> <th>P.A mmHg</th> <th>F.C bpm</th> <th>F.R Mpm</th> <th>Sat O₂ %</th> <th>Temp..</th> <th>Esc. visual anal. EVA "DOR"</th> <th>Glicemia</th> <th>APGAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Inicio</td> <td>16:18:30</td> <td>76</td> <td>26</td> <td>94</td> <td>- °C</td> <td>40</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Fim</td> <td>:</td> <td>/</td> <td></td> <td></td> <td>- °C</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						Hora	P.A mmHg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	Temp..	Esc. visual anal. EVA "DOR"	Glicemia	APGAR	Inicio	16:18:30	76	26	94	- °C	40	-	-	Fim	:	/			- °C					
	Hora	P.A mmHg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	Temp..	Esc. visual anal. EVA "DOR"	Glicemia	APGAR																										
Inicio	16:18:30	76	26	94	- °C	40	-	-																											
Fim	:	/			- °C																														
	AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA <table border="1"> <thead> <tr> <th>Pele</th> <th>Cabeça</th> <th>Face</th> <th>Pescoço</th> <th>Tórax</th> <th>Abdome</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Cianótica <input type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Úmida <input checked="" type="checkbox"/> Seca </td> <td> <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Fer. Penetrante <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Laceração </td> <td> <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocular </td> <td> <input type="checkbox"/> Desvio da traqueia <input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Lacerações </td> <td> <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Tórax Instável </td> <td> <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Em lábuas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Eviscerado <input type="checkbox"/> Lacerações </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade </td> <td> <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Intensa <input type="checkbox"/> Deformidade </td> <td></td> <td> <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Luxações </td> <td> <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Esmagamento <input type="checkbox"/> Avulsão </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"> Coluna Dorsal <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade </td> <td colspan="3"> Membros <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Luxações </td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome	<input type="checkbox"/> Cianótica <input type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Úmida <input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Fer. Penetrante <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Laceração	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocular	<input type="checkbox"/> Desvio da traqueia <input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Tórax Instável	<input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Em lábuas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Eviscerado <input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Intensa <input type="checkbox"/> Deformidade		<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Luxações	<input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Esmagamento <input type="checkbox"/> Avulsão		Coluna Dorsal <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade		Membros <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Luxações								
Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome																														
<input type="checkbox"/> Cianótica <input type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Úmida <input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Fer. Penetrante <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Laceração	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocular	<input type="checkbox"/> Desvio da traqueia <input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Tórax Instável	<input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Em lábuas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Eviscerado <input type="checkbox"/> Lacerações																														
<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Intensa <input type="checkbox"/> Deformidade		<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Luxações	<input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Esmagamento <input type="checkbox"/> Avulsão																															
Coluna Dorsal <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade		Membros <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Luxações																																	
AVALIAÇÃO CARDIÁCA	AFECÇÃO CLÍNICA <input type="checkbox"/> Ritmo Sírusal <input type="checkbox"/> Taquicardia			HISTÓRIA PREGRESA <input type="checkbox"/> Cardiovacular <input type="checkbox"/> Metabólica																															
	<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial			<input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Digestiva			<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Hipertensão																												

CIEPA ENTRPE CE DO NT E	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade: Assinatura do Paciente: _____
	RG: _____

IG p/ semana: _____	GESTANTE	MATERIAL E MEDICAÇÃO
Perda de líquido: _____	MOVIMENTOS SINÍSTROS - DPVAT BCF CONTÉUDO NÃO VERIFICADO	01 - COLAR CONVICAO 01 - ANESTHIA
<input type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão	10 SET 2019	

Abertura Ocular (O):	Esponjinha	CENTRO SEGURO GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão Jefé Bezerra, 404 - Boa Vista - RR
Estímulo verbal	4 pontos	
Esfíncter doloroso	2 pontos	
Sem resposta	1 ponto	
Melhor Resposta Motora (M):		
Obedece a comandos	6 pontos	
Localiza dor	5 pontos	
Flexão normal (retirada)	4 pontos	
Flexão anormal (descorticação)	3 pontos	
Extensão (descerebração)	2 pontos	
Sem resposta (flacidez)	1 ponto	
Resposta Verbal (V):		
Orientado	5 pontos	
Confuso	4 pontos	
Palavras inapropriadas	3 pontos	
Sons incompreensíveis	2 pontos	
Sem resposta	1 ponto	

TOTAL DE PONTOS: 14



ESCALA VASCAÑAS - DPVAT	ÁREA DE SINISTROS - DPVAT	CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
06 SET 2019		
GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão Jefé Bezerra, 404 - Boa Vista - RR		

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

CONFERE COM O ORIGINAL
Francisco Eládio Carvalho de A. Neto
Médico - CRM-RN 118
Coord. Geral Centro de Reabilitação - SMU 10
Portaria 04/12/2019
[Signature]

Anderson T.
[Signature]

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: 10/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000041544-0

Nr. da Autenticação 8E5B5147817F6F2F





Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garces, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Resgate disponível na impressora autorizada pela GEFRAZ 366/13

Para contato
conosco informe
neste número:



Nº da Nota Fiscal 002910752
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

MAIO/2019

06/06/2019

362

374,28

RENIR OLIVEIRA DA SILVA
R. EDMILSON JOSE COSTA 738 EQUATORIAL
CPF: 00066105927215
CEP: 69.317-314 - BOA VISTA

ROT: 8.001.16.11.15/100

PERÍODO DE LEITURA	LEITURA	DATA	PERÍODO DE LEITURA	LEITURA	DATA
Atual:	68618		Atual:	21/05/2019	
Anterior:	68256		Anterior:	18/04/2019	
Constante de Multiplicador:	1.000		Próxima Leitura:	18/06/2019	
Consumo Atual:	362		Entrega:	20/05/2019	
Consumo Faturado:	362	FCAH	Apresentação:	21/05/2019	

NORMAL

33

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Pasta	Código Faz.	Média 12 meses
RESID. EX. RENDA	EL	2423025	N 14/2682	1.4.1.2	512
DETALHAMENTO DE CONSUMO					
Médiano consumo	CONSUMO	30 A R\$ 0,26144 =	7,96		
ABR/19	612	70 A R\$ 0,449385 =	31,45		
MAR/19	509	120 A R\$ 0,674084 =	80,89		
FEV/19	299	142 A R\$ 0,748975 =	*106,35		
JAN/19	532	SUBVENCAO BAIXA RENDA -	50,23		
DEZ/18	517	CORRECÃO MONETARIA DA 12/18-00	0,55		
NOV/18	573	DOACAO LBV - 0000 0555099	6,00		
OUT/18	640	CORRECÃO MONETARIA IG 12/18-00	9,52		
SET/18	581	MULTA POR ATRASO DE I 12/18-00	3,03		
AGO/18	670	JUROS DE MORA POR ATR 12/18-00	1,39		
JUL/18	376	MULTA POR ATRASO 12/18-00	8,81		
JUN/18	377	PARCELAMENTO DE DEBITO 10/18	69,17		
MAR/18	355	JUROS DE HORA DE IMPD 12/18-00	18,21		
JAN/18	355	ILUMINACAO PUBLICA	30,45		

MENSAGENS IMPORTANTES / AVISO DE VENCIMENTO

Mes./Ano Valor R\$ 04/2019 683,29

Declararos quitados debitos desto UC no ano de 2018 [Lei 12007/ LIGUE 08007819128 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 16/11/16 21/26

RESERVADO AO FISCO 8489.0224.13E8.543A.0DF7.4512.CES2.7D96

Distribuição:	58,21	Base de Cálculo:	226,55
Energia:	123,42	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	38,51
Encargos:	6,41	Valor do PIS:	0,00
Tributos:	38,51	Valor do COFINS:	0,00

9,24 18,49 36,99 8,46 16,92 33,84 4,99
3,04 5,00 1,23

FLORESTA

03/2019 167,00

ROT: 8.001.16.11.15/100

SEU CÓDIGO 0094396-7

TOTAL A PAGAR R\$ 374,28



05/2019

VENCIMENTO 06/06/2019

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garces, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nº da Nota Fiscal: 002910752 FCAH

• 836200000003 9 74280075000 9 00000000094 3 39670519008 2



SEQ.: 00306 UC: 0094396-7 DT.LEIT.: 21/05/2019 T.ENTR.: 00
LEITURA: 68618 NORMAL TOTAL: 374,28 CARGA: 009
DT.VENC.: 06/06/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1271



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 891 – Centro – Boa Vista – RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Inscrição Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série B-1
Regime especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Para contato
conosco informe
este número

SEU CÓDIGO

0102074-9

Nº da Nota Fiscal 003121638

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\$)
JUNHO/2019	11/07/2019	705	579,07

JOSE HORACIO DO NASCIMENTO
AV GEN ATAIDE TEIVE 2748 02 LIBERDADE
CPF: 00024172596215
CEP: 69.309-000 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.02.027408

DADOS DA LEITURA	kWh	kWh/kWh	DATAS DA LEITURA
Atual:	41300		Atual: 24/06/2019
Anterior:	40595		Anterior: 27/05/2019
Constante de Multiplicação:	1.000		Próxima Leitura: 24/07/2019
Consumo Medido:	705		Emissão: 19/06/2019
Consumo Faturado:	705	FCAM	Aparteamento: 24/06/2019

NORMAL

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Residencial	BI	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
HISTÓRICO kWh	DESCRIPÇÃO DA CONTA				
Mês/ano consumo	CONSUMO	705 A R\$ 0,773664 =	545,43		
MAI/19	881	ILUMINACAO PUBLICA	33,64		
ABR/19	1051				
MAR/19	903				
FEV/19	1039				
JAN/19	816				
DEZ/18	893				
NOV/18	1035				
OUT/18	1086				
SET/18	823				
AGO/18	955				
	TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 705 - 0,534620				

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes./Ano Valor R\$ 05/2019 729,98 Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 09/07/2019, em função das contas reavaliadas nessa fatura. O não pagamento pode levar a suspensão e inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir débito constante no consumidor na SERASA, referente ao valor de R\$ 895,79 (Valor Histórico). Caso tenha efetuado o pagamento faturado, desconsidere este aviso.

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

RESERVADO AO FISCO 4CAD.F901.9153.C487.BF00.E303.A9CD.F457

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Distribuição: 138,49
Energia: 293,68
Transmissão: 0,00
Encargos: 15,25
Tributos: 98,01

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$

Base de Cálculo: 545,43
Alíquota ICMS: 17,00%
Valor do ICMS: 92,72
Valor do PIS: 0,93
Valor do COFINS: 4,36

INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24 18,49 36,99 8,46 16,52 33,84 4,99
0,00 0,00 0,00

FLORESTA

04/2019 344,83

ROT: 5.001.12.02.027408

SEU CÓDIGO

0102074-9

TOTAL A PAGAR - R\$

579,07

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão Júlio Soárez, 406 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão Júlio Soárez, 406 - Boa Vista - RR



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

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, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGUERO. 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Denilze Lorrêa Panta,
inscrito (a) no CPF/CNPJ 792.057.152/00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Raimundo Nonato Ribeiro da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 151.038.462/68,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez, da Vítima Raimundo Nonato R. da Silva,
inscrito (a) no CPF sob o Nº 151.038.462/68, 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 Lider-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>Av. General Alaior Tejul</u>	Número:	<u>2748</u>	Complemento:	<u>02</u>	
Bairro:	<u>Bairro</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado:	<u>RN</u>	
E-mail:	<u>lidorbaavista.pendencia@hotmail.com</u>				CEP:	<u>69.309.000</u>
					Tel.(DDD):	<u>(95)99117-5392</u>

Local e Data:

Boa Vista - RR 21 de Agosto 2019

Denilze Lorrêa Panta
Assinatura do Declarante

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 SET 2019
GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 SET 2019
GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

77/1/2015

Digitized by srujanika@gmail.com

2/14-1 VJ
Referências: _____
1. Vocabulário
2. Língua
3. Alfabeto
4. Ordem
5. Real Pessoas
DIL-AND 04-16

0001102453	2/04/2015 09:48:51	FICHA DE ARENDIMENTO	TRAUMATICO OGIA	Venda	
Barreiro		Data Nascimento	Idade	CPF	
RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA		12/11/1951	67 A 5 M 15 D	702008897311688	15103846268
TIPO DOU	Documento	Órgão P/ Emissor Data Emissão	Sexo	Estado Civil	País/Cid
IDENTIDADE	S058314	SSP/PA	07/04/2006	M	SOLTEIRO(A)PARDA
MAE				Pai	
RAIMUNDO RIBEIRO A COSTA		SEVERO PEREIRA DA SILVA		Centro	
Endereço				(95) 98102-4972	Ocupação
RUA - JOSÉ EDMILSON DA COSTA - 738 - EQUATORIAL - BOA VISTA - RR					
Caso de Risco	Ponto Convém:	Nº na Carteira	Válida	AutORIZADA	Sis Prontual
Motivo do Aprendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
ACIDENTE DE MOTO	UF: Pará (Até dia 01/04/2015)	DATA DE INGRESSO: 06/04/2015	Procedência	Nome:	Feeo
Sair	URGÊNCIA	QUAIS EUDOS NÃO VERIFICADOS			Processo
GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada		Procedimento SOL		
Outra Principal	SAMU CAPITAL			Hospitalizado por:	
		06 SET 2015	Intoxicação Respiratória	LEANNO RO	

Anamnese - HORA DA CONSULTA: 05:00 AM DATA: 07/07/2018

1997.00 D.W.G. 5402.47. — — —

"Collision moto x voce"

Extreme Flies

Costos Repere des Avocato
from Glossary is.

transcendence

SAT-Frames Communication

15AER-8 15TEA-8

ABRADE MASTRO - DIAZ
CANTERA Y RODRIGUEZ

TO SET 2010

PREScrição **V** **APRAZAMENTO** **DESSERVAÇÃO**

4) ~~Differences between / types of~~ ~~Evolution~~
~~Differences / types of~~

110-00140
110-00140
110-00140
110-00140

Conduta _____

Alta por Declaração Mínima
 Alta a Pequeno
 Alta a Resumo

Transferência para: VALÉRCIO D'ÁVILA - Nomeação
ábito UCA e / ou da Sua(s) AFM.

Anos do 1º Aventalino de? () 810 () 920 Destino: () Família () ML Até a data da viagem () ()

Assinatura do Paciente ou Responsável

Caminho e Assinatura do Médico

44444 por Isadora
Data Hora: 27/04/2019 08:53:27

Monash University Library

— — — — —

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde
Identificação do Estabelecimento de Saúde -
TICR 1-NOCLUE ESTAB. FONTE DA CID 10/2019

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

TICR B
LICR 3- NOME DO ESTABELECIMENTO DA CID 10/2019

BLOCO B

Data 04.05.19

Identificação do Paciente

RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

2- DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
0200011631168183- DATA DE NASCIMENTO
12/11/18814- CÓDIGO
172538

5- NOME DA PESSOA A COSTA

6- NOME DO PESSOAL

7- ENDERECO DA PESSOA

8- MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
BOA VISTA

9- COD. ICD-10-CM-19

R

10- PRINCIPAIS SINTOMAS E SINAIS DE RISCO
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOTIVISTICO MOTO X ANIMAL (VACA), FRAUZI
TORÁCICO CONTUSO C/ PRESENÇA DE HEMOPNEUMOTORAX À DIREITA11- ÁREA DE SUSPEIÇÃO - DIA 05
CURTOCIRCUITO VERIFICADO

05 SET 2019

12- GESTE SEGUROADORA SIA
Número do Seguro 14.341.000-00013- ÁREA DE SUSPEIÇÃO - DIA 10
CURTOCIRCUITO VERIFICADO

10 SET 2019

14- GESTE SEGUROADORA SIA
Número do Seguro 14.341.000-000

15- PÓS-OPERATÓRIA HEMOPNEUMOTORAX

16- CÓDIGO DA CID 10/2019

17- CÓDIGO RECORRENTE 18- CÓDIGO DE ATENDIMENTO

(Indicar procedimentos realizados)
19- CÓDIGO DA CID 10/2019

20- PROCEDIMENTO SOLICITADO

21- CÓDIGO DA CID 10/2019

22- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia Geral

23- CÓDIGO DA CID 10/2019

24- CÓDIGO DA CID 10/2019

25- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia Endocrinologia

26- CÓDIGO DA CID 10/2019

27- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia Gastroenterologia

28- CÓDIGO DA CID 10/2019

29- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia Urológica

30- CÓDIGO DA CID 10/2019

31- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia Plástica e Reabilitação

32- CÓDIGO DA CID 10/2019

33- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Perna e Pés

34- CÓDIGO DA CID 10/2019

35- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Cabeça e Pescoço

36- CÓDIGO DA CID 10/2019

37- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pelve e Genitais

38- CÓDIGO DA CID 10/2019

39- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

40- CÓDIGO DA CID 10/2019

41- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

42- CÓDIGO DA CID 10/2019

43- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

44- CÓDIGO DA CID 10/2019

45- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

46- CÓDIGO DA CID 10/2019

47- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

48- CÓDIGO DA CID 10/2019

49- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

50- CÓDIGO DA CID 10/2019

51- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

52- CÓDIGO DA CID 10/2019

53- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

54- CÓDIGO DA CID 10/2019

55- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

56- CÓDIGO DA CID 10/2019

57- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

58- CÓDIGO DA CID 10/2019

59- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

60- CÓDIGO DA CID 10/2019

61- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

62- CÓDIGO DA CID 10/2019

63- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

64- CÓDIGO DA CID 10/2019

65- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

66- CÓDIGO DA CID 10/2019

67- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

68- CÓDIGO DA CID 10/2019

69- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

70- CÓDIGO DA CID 10/2019

71- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

72- CÓDIGO DA CID 10/2019

73- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

74- CÓDIGO DA CID 10/2019

75- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

76- CÓDIGO DA CID 10/2019

77- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

78- CÓDIGO DA CID 10/2019

79- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

80- CÓDIGO DA CID 10/2019

81- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

82- CÓDIGO DA CID 10/2019

83- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

84- CÓDIGO DA CID 10/2019

85- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

86- CÓDIGO DA CID 10/2019

87- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

88- CÓDIGO DA CID 10/2019

89- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

90- CÓDIGO DA CID 10/2019

91- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

92- CÓDIGO DA CID 10/2019

93- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

94- CÓDIGO DA CID 10/2019

95- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

96- CÓDIGO DA CID 10/2019

97- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

98- CÓDIGO DA CID 10/2019

99- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

100- CÓDIGO DA CID 10/2019

101- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

102- CÓDIGO DA CID 10/2019

103- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

104- CÓDIGO DA CID 10/2019

105- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

106- CÓDIGO DA CID 10/2019

107- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

108- CÓDIGO DA CID 10/2019

109- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

110- CÓDIGO DA CID 10/2019

111- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

112- CÓDIGO DA CID 10/2019

113- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

114- CÓDIGO DA CID 10/2019

115- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

116- CÓDIGO DA CID 10/2019

117- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

118- CÓDIGO DA CID 10/2019

119- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

120- CÓDIGO DA CID 10/2019

121- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

122- CÓDIGO DA CID 10/2019

123- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

124- CÓDIGO DA CID 10/2019

125- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

126- CÓDIGO DA CID 10/2019

127- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

128- CÓDIGO DA CID 10/2019

129- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

130- CÓDIGO DA CID 10/2019

131- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

132- CÓDIGO DA CID 10/2019

133- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

134- CÓDIGO DA CID 10/2019

135- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

136- CÓDIGO DA CID 10/2019

137- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

138- CÓDIGO DA CID 10/2019

139- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

140- CÓDIGO DA CID 10/2019

141- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

142- CÓDIGO DA CID 10/2019

143- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

144- CÓDIGO DA CID 10/2019

145- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

146- CÓDIGO DA CID 10/2019

147- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

148- CÓDIGO DA CID 10/2019

149- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

150- CÓDIGO DA CID 10/2019

151- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

152- CÓDIGO DA CID 10/2019

153- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

154- CÓDIGO DA CID 10/2019

155- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

156- CÓDIGO DA CID 10/2019

157- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

158- CÓDIGO DA CID 10/2019

159- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

160- CÓDIGO DA CID 10/2019

161- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

162- CÓDIGO DA CID 10/2019

163- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

164- CÓDIGO DA CID 10/2019

165- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

166- CÓDIGO DA CID 10/2019

167- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

168- CÓDIGO DA CID 10/2019

169- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

170- CÓDIGO DA CID 10/2019

171- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

172- CÓDIGO DA CID 10/2019

173- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

174- CÓDIGO DA CID 10/2019

175- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

176- CÓDIGO DA CID 10/2019

177- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

178- CÓDIGO DA CID 10/2019

179- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

180- CÓDIGO DA CID 10/2019

181- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

182- CÓDIGO DA CID 10/2019

183- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

184- CÓDIGO DA CID 10/2019

185- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

186- CÓDIGO DA CID 10/2019

187- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

188- CÓDIGO DA CID 10/2019

189- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

190- CÓDIGO DA CID 10/2019

191- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

192- CÓDIGO DA CID 10/2019

193- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

194- CÓDIGO DA CID 10/2019

195- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia da Pélvis e Genitais

196- CÓDIGO DA CID 10/2019

197- CÓDIGO DA CID 10/2019
Cirurgia

HOSPITAL GERAL DE RONALMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA

ALÉRGIA: NÃO: SIM:

NOME: **Raimundo Norato Ribeiro da Silva**

LEITO: **270419**

GT: **HEMORRHOÍDITRAX**

DATA: **27/04/19**

REGISTRA:

DIRETÓRIO:

DR. HENRIQUE

1. Desejo de FV de 40ml
2. AVP
3. Infecção de FV sh/EH
4. Diarreia
5. Poxil 10ml FV de 8/80 5N
6. Unicúteros de FV de 8/80 5N
7. Tratamento + SF 0.9% 100ml CV 8/80
8. Capsof 250mg 100mg 2x5S 2x500mg 2x1000mg
9. Insuflado regular conforme esquema
10. Cetavito diário

11. ANOTAR DÉBITO E ASPECTO DO

12. TRATAMENTO

13. TABELA DE ESTIMATIVA DE VOLUME

14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21.

22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30.

31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39.

40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48.

49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57.

58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66.

67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75.

76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84.

85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93.

94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102.

103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111.

112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120.

121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129.

130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138.

139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147.

148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156.

157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165.

166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174.

175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183.

184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192.

193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201.

202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210.

211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219.

220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228.

229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237.

238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246.

247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255.

256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264.

265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273.

274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282.

283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291.

292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300.

301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309.

310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318.

319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327.

328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336.

337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345.

346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354.

355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363.

364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372.

373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381.

382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390.

391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399.

400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408.

409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417.

418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426.

427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435.

436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444.

445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453.

454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462.

463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471.

472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480.

481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489.

490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498.

499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507.

508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516.

517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525.

526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534.

535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543.

544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552.

553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561.

562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570.

571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579.

580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588.

589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597.

598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606.

607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615.

616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624.

625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633.

634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642.

643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651.

652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660.

661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669.

670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678.

679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687.

688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696.

697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705.

706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714.

715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723.

724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732.

733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741.

742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750.

751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759.

760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768.

769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777.

778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786.

787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795.

796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804.

805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813.

814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822.

823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831.

832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840.

841. 842. 843. 844. 845. 846. 847. 848. 849.

850. 851. 852. 853. 854. 855. 856. 857. 858.

859. 860. 861. 862. 863. 864. 865. 866. 867.

868. 869. 870. 871. 872. 873. 874. 875. 876.

877. 878. 879. 880. 881. 882. 883. 884. 885.

886. 887. 888. 889. 880. 881. 882. 883. 884.

885. 886. 887. 888. 889. 880. 881. 882. 883.

884. 885. 886. 887. 888. 889. 880. 881. 882.

883. 884. 885. 886. 887. 888. 889. 880. 881.

882. 883. 884. 885. 886. 887. 888. 889. 880.

881. 882. 883. 884. 885. 886. 887. 888. 889.

880. 881. 882. 883. 884. 885. 886. 887. 888.

889. 880. 881. 882. 883. 884. 885. 886. 887.

888. 889. 880. 881. 882. 883. 884. 885. 886.

887. 888. 889. 880. 881. 882. 883. 884. 885.

886. 887. 888. 889. 880. 881. 882. 883. 884.

885. 886. 887. 888. 889. 880. 881. 882. 883.

884. 885. 886. 887. 888. 889. 880. 881. 882.

883. 884. 885. 886. 887. 888. 889. 880. 881.

882. 883. 884. 885. 886. 887. 888. 889. 880.

881. 882. 883. 884. 885. 886. 887. 888. 889.

880. 881. 882. 883. 884. 885. 886. 887. 888.

889. 880. 881. 882. 883. 884. 885. 886. 887.

888. 889. 880. 881. 882. 883. 884. 885. 886.

887. 888. 889. 880. 881. 882. 883. 884. 885.

886. 887. 888. 889. 880. 881. 882. 883. 884.

885. 886. 887. 888. 889. 880. 881. 882. 883.

884. 885. 886. 887. 888. 889. 880. 881. 882.

883. 884. 885. 886. 887. 888. 889. 880. 881.

882. 883. 884. 885. 886. 887. 888. 889. 880.

881. 882. 883. 884. 885. 886. 887. 888. 889.

880. 881. 882. 883. 884. 885. 886. 887. 888.

889. 880. 881. 882. 883. 884. 885. 886. 887.

888. 889. 880. 881. 882. 883. 884. 885. 886.

887. 888. 889. 880. 881. 882. 883. 884. 885.

886. 887. 888. 889. 880. 881. 882. 883. 884.

885. 886. 887. 888. 889. 880. 881. 882. 883.

884. 885. 886. 887. 888. 889. 880. 881. 882.

883. 884. 885. 886. 887. 888. 889. 880. 881.

882. 883. 884. 885. 886. 887. 888. 889. 880.

881. 882. 883. 884. 885. 886. 887. 888. 889.

880. 881. 882. 883. 884. 885. 886. 887. 888.

889. 880. 881. 882. 883. 884. 885. 886. 887.

888. 889. 880. 881. 882. 883. 884. 885. 886.

887. 888. 889. 880. 881. 882. 88



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA



Descrição de Procedimento

ÁREA DE ASSINATURA - DRAFT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

06 SET 2019

GENTE SEGUROADORA S/A
Av. das Américas, 400 - Barra da Tijuca - RJ

Nome: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

Profissional: Dr. MÁRCIO FRITRE

Data: 27/04/2019

- 1- Paciente em IDH + Assepsia e Antissepsia.
- 2- Anestesia local em 5º LIC, na linha axilar média, em hemitórax DRITICO superficial e profunda.
- 3- Incisão respeitando o sentido das costelas em 5º espaço intercostal E.
- 4- Divulsão com Kelly Curve sobre a borda superior da costela inferior, elevação até a cavidade torácica, dissecação romba com avaliação digital com saída de ar e sangue.
- 5- Passagem de tubo fenestrado nº 36 em sentido póstero superior.
- 6- Conexão do tubo ao sistema fechado em seco d'água com saída de ar.
- 7- Fixação do tubo à pele com Nylon 1 (ponta em "U") e ponto de segurança com fio Nylon 1.
- 8- Limpeza local e curativo oclusivo.
- 9- Dreno funcionante (oscilante)
- 10- Raio-X de tórax de controle solicitado.

ÁREA DE ASSINATURA - DRAFT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

10 SET 2019

GENTE SEGUROADORA S/A
Av. das Américas, 400 - Barra da Tijuca - RJ

Dr. Fernando Luís Marques Ferreira
Cirurgião-Dentista de
S. Cabral e Pescador
CRM-RJ: 11042



SERVÍCIO INTEGRADO DE CIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA

ALERGIA:NÃO: SIM:

LEITOR: 2142 DATA: 28/04/19

Inflamação em cólon
ascendente e Ileo

HD

DR

- 1 Dieta mal livre
2 AVP
3 Dipirona 1gr, EV, 4/4h
4 Plasil 10mg CV 8/8 h S/N
5 Ondasetrona 4mg EV 8/8h, se em falta de PLASIL ***
6 Tramal 100mg + SFC 9% JX X 1CV 8/8h
7 Captopril 25 mg vo se PAS ≥ 160mmHg E/DU PAD ≥ 140mmHg
8 Insulina Regular e/ou GH 50% conforme esquema

Curativo diário

10 ANOTAR DÉBITO E ASPECTO DO DRENO

11 SSWV + QG66
12 Drenagem
13 Drenagem
14 Drenagem

Revisão de dreno / drenagem

Maintém drenagem
drenagem

08/04/2019

12H
18H
24H

06H

00H

04H

10H

16H

22H

00H

04H

10H

</div

下

ICA - CIRURGIA

29/04/19 01:27/04/2016 12/11/51 Block
 Roraima Belo Horizonte 672 214-3
 29/04/19 01:27/04/2016 12/11/51 Block
 Roraima Belo Horizonte 672 214-3

Armenia Armenia 10.10.2010

Structure of protein
polypeptide backbone

— 1 —

com a sua evolução, de um lado, aceita bem a

Before downy feather formation, respiratory distress has been observed.
After downy feather formation, respiratory distress has subsided.

Item 52 - Se o assentado ()

AREA DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN

DE SFT 2019 2

VARAS DE SINDICATOS - DPVAT

10 SET 2019

CENTRE SEGURADIA S.A.

GENTE SEGUROA 854

Quem é o cliente? Seu nome, seu endereço e seu telefone.

Phragmites australis, Rijk & Smitskamp

W. J. C. Gossage, *Journal of the Royal Statistical Society, Series B*, 1990, 52, 103-120.

PTX... seg... semis flores brancas presente de verme
Rubiaceae. Sonda Veneza. — — — — —

~~Detto che sono 100 m. l'uno e due 20,~~

Demade SUD

Chicago friend. I. S. May
mentally ill

— MARCH 2001

Pablo Abente Castro

卷之三

卷之三

110

10

L'ordre des choses dans les œuvres de Georges duhamel

R
E
G
I
O
N

13

卷之三

卷二

— 1 —

卷之三

33

366

卷之三

卷之三

卷之三

卷之三

卷之三

210

- - -

- 1 -

四

卷之三

三

Este documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
é validado deste em https://projudi.tjri.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ5RMU2UCFJ4F63 9G9MU

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA
ALFABETIZAÇÃO: ○ SIM ○ NÃO
DATA: 30/01/19
PREScritor: Dr. Francisco André



214-1

ITEM	DETALHAMENTO	UNID.	QTD.	VALOR
1	Nome:	Raimundo Nonato Ribeiro da Silva		
2	Sexo:	M		
3	Idade:	50		
4	AVF:			
5	Diáfragma: EV 6/6,9			
6	Funs: 10 ml EV 8/8,9			
7	Oncosistone: EV 8/8,9 50 mg de Flax			
8	Tiam: 100mg + SH 0,9% 100 ml EV 8/8,9/5/A			
9	Cloxacilina: 500mg x/dia			
10	Oral: 125mg x/dia			
11	Albuterol: 150mcg c/inspiração			
12	Solução regular c/ev 5-15% conforme escrjona			
13	Antibiotico: ASSISTICO CRESCENDO			
14	SWN+CCGs			
15	Fisioterapeuta: Ruy Ferreira			
16	Horário:	12H		
17	PA:	120/80		
18	FC:	78		
19	TEMPERATURA:	37,0		
20	RR:	18		
21	DPOSS:	25-11-14		
22	EVACUACAO:	25-01-2021		
23	DURADOURO:	25-01-2021		
24	SINAIS VITais:	24H		
25	DESPACHO:	36H		
26	DEXTERO:	<70		
27	Insulina Regular:	50ml - 40 ml EV		
28	HORA:	07:00		
29	DEIXAR:	08:00		
30	INSTRUÇAO:	09:00		
31	DISPONIBILIZAR:	10:00		
32	NOTA:	11:00		
33	OUTROS:	12:00		
34	INSTRUÇAO:	13:00		
35	DISPONIBILIZAR:	14:00		
36	NOTA:	15:00		
37	OUTROS:	16:00		
38	INSTRUÇAO:	17:00		
39	DISPONIBILIZAR:	18:00		
40	NOTA:	19:00		
41	OUTROS:	20:00		
42	INSTRUÇAO:	21:00		
43	DISPONIBILIZAR:	22:00		
44	NOTA:	23:00		
45	OUTROS:	00:00		
46	INSTRUÇAO:	01:00		
47	DISPONIBILIZAR:	02:00		
48	NOTA:	03:00		
49	OUTROS:	04:00		
50	INSTRUÇAO:	05:00		
51	DISPONIBILIZAR:	06:00		
52	NOTA:	07:00		
53	OUTROS:	08:00		
54	INSTRUÇAO:	09:00		
55	DISPONIBILIZAR:	10:00		
56	NOTA:	11:00		
57	OUTROS:	12:00		
58	INSTRUÇAO:	13:00		
59	DISPONIBILIZAR:	14:00		
60	NOTA:	15:00		
61	OUTROS:	16:00		
62	INSTRUÇAO:	17:00		
63	DISPONIBILIZAR:	18:00		
64	NOTA:	19:00		
65	OUTROS:	20:00		
66	INSTRUÇAO:	21:00		
67	DISPONIBILIZAR:	22:00		
68	NOTA:	23:00		
69	OUTROS:	00:00		
70	INSTRUÇAO:	01:00		
71	DISPONIBILIZAR:	02:00		
72	NOTA:	03:00		
73	OUTROS:	04:00		
74	INSTRUÇAO:	05:00		
75	DISPONIBILIZAR:	06:00		
76	NOTA:	07:00		
77	OUTROS:	08:00		
78	INSTRUÇAO:	09:00		
79	DISPONIBILIZAR:	10:00		
80	NOTA:	11:00		
81	OUTROS:	12:00		
82	INSTRUÇAO:	13:00		
83	DISPONIBILIZAR:	14:00		
84	NOTA:	15:00		
85	OUTROS:	16:00		
86	INSTRUÇAO:	17:00		
87	DISPONIBILIZAR:	18:00		
88	NOTA:	19:00		
89	OUTROS:	20:00		
90	INSTRUÇAO:	21:00		
91	DISPONIBILIZAR:	22:00		
92	NOTA:	23:00		
93	OUTROS:	00:00		
94	INSTRUÇAO:	01:00		
95	DISPONIBILIZAR:	02:00		
96	NOTA:	03:00		
97	OUTROS:	04:00		
98	INSTRUÇAO:	05:00		
99	DISPONIBILIZAR:	06:00		
100	NOTA:	07:00		
101	OUTROS:	08:00		
102	INSTRUÇAO:	09:00		
103	DISPONIBILIZAR:	10:00		
104	NOTA:	11:00		
105	OUTROS:	12:00		
106	INSTRUÇAO:	13:00		
107	DISPONIBILIZAR:	14:00		
108	NOTA:	15:00		
109	OUTROS:	16:00		
110	INSTRUÇAO:	17:00		
111	DISPONIBILIZAR:	18:00		
112	NOTA:	19:00		
113	OUTROS:	20:00		
114	INSTRUÇAO:	21:00		
115	DISPONIBILIZAR:	22:00		
116	NOTA:	23:00		
117	OUTROS:	00:00		
118	INSTRUÇAO:	01:00		
119	DISPONIBILIZAR:	02:00		
120	NOTA:	03:00		
121	OUTROS:	04:00		
122	INSTRUÇAO:	05:00		
123	DISPONIBILIZAR:	06:00		
124	NOTA:	07:00		
125	OUTROS:	08:00		
126	INSTRUÇAO:	09:00		
127	DISPONIBILIZAR:	10:00		
128	NOTA:	11:00		
129	OUTROS:	12:00		
130	INSTRUÇAO:	13:00		
131	DISPONIBILIZAR:	14:00		
132	NOTA:	15:00		
133	OUTROS:	16:00		
134	INSTRUÇAO:	17:00		
135	DISPONIBILIZAR:	18:00		
136	NOTA:	19:00		
137	OUTROS:	20:00		
138	INSTRUÇAO:	21:00		
139	DISPONIBILIZAR:	22:00		
140	NOTA:	23:00		
141	OUTROS:	00:00		
142	INSTRUÇAO:	01:00		
143	DISPONIBILIZAR:	02:00		
144	NOTA:	03:00		
145	OUTROS:	04:00		
146	INSTRUÇAO:	05:00		
147	DISPONIBILIZAR:	06:00		
148	NOTA:	07:00		
149	OUTROS:	08:00		
150	INSTRUÇAO:	09:00		
151	DISPONIBILIZAR:	10:00		
152	NOTA:	11:00		
153	OUTROS:	12:00		
154	INSTRUÇAO:	13:00		
155	DISPONIBILIZAR:	14:00		
156	NOTA:	15:00		
157	OUTROS:	16:00		
158	INSTRUÇAO:	17:00		
159	DISPONIBILIZAR:	18:00		
160	NOTA:	19:00		
161	OUTROS:	20:00		
162	INSTRUÇAO:	21:00		
163	DISPONIBILIZAR:	22:00		
164	NOTA:	23:00		
165	OUTROS:	00:00		
166	INSTRUÇAO:	01:00		
167	DISPONIBILIZAR:	02:00		
168	NOTA:	03:00		
169	OUTROS:	04:00		
170	INSTRUÇAO:	05:00		
171	DISPONIBILIZAR:	06:00		
172	NOTA:	07:00		
173	OUTROS:	08:00		
174	INSTRUÇAO:	09:00		
175	DISPONIBILIZAR:	10:00		
176	NOTA:	11:00		
177	OUTROS:	12:00		
178	INSTRUÇAO:	13:00		
179	DISPONIBILIZAR:	14:00		
180	NOTA:	15:00		
181	OUTROS:	16:00		
182	INSTRUÇAO:	17:00		
183	DISPONIBILIZAR:	18:00		
184	NOTA:	19:00		
185	OUTROS:	20:00		
186	INSTRUÇAO:	21:00		
187	DISPONIBILIZAR:	22:00		
188	NOTA:	23:00		
189	OUTROS:	00:00		
190	INSTRUÇAO:	01:00		
191	DISPONIBILIZAR:	02:00		
192	NOTA:	03:00		
193	OUTROS:	04:00		
194	INSTRUÇAO:	05:00		
195	DISPONIBILIZAR:	06:00		
196	NOTA:	07:00		
197	OUTROS:	08:00		
198	INSTRUÇAO:	09:00		
199	DISPONIBILIZAR:	10:00		
200	NOTA:	11:00		
201	OUTROS:	12:00		
202	INSTRUÇAO:	13:00		
203	DISPONIBILIZAR:	14:00		
204	NOTA:	15:00		
205	OUTROS:	16:00		
206	INSTRUÇAO:	17:00		
207	DISPONIBILIZAR:	18:00		
208	NOTA:	19:00		
209	OUTROS:	20:00		
210	INSTRUÇAO:	21:00		
211	DISPONIBILIZAR:	22:00		
212	NOTA:	23:00		
213	OUTROS:	00:00		
214	INSTRUÇAO:	01:00		
215	DISPONIBILIZAR:	02:00		
216	NOTA:	03:00		
217	OUTROS:	04:00		
218	INSTRUÇAO:	05:00		
219	DISPONIBILIZAR:	06:00		
220	NOTA:	07:00		
221	OUTROS:	08:00		
222	INSTRUÇAO:	09:00		
223	DISPONIBILIZAR:	10:00		
224	NOTA:	11:00		
225	OUTROS:	12:00		
226	INSTRUÇAO:	13:00		
227	DISPONIBILIZAR:	14:00		
228	NOTA:	15:00		
229	OUTROS:	16:00		
230	INSTRUÇAO:	17:00		
231	DISPONIBILIZAR:	18:00		
232	NOTA:	19:00		
233	OUTROS:	20:00		
234	INSTRUÇAO:	21:00		
235	DISPONIBILIZAR:	22:00		
236	NOTA:	23:00		
237	OUTROS:	00:00		
238	INSTRUÇAO:	01:00		
239	DISPONIBILIZAR:	02:00		
240	NOTA:	03:00		
241	OUTROS:	04:00		
242	INSTRUÇAO:	05:00		
243	DISPONIBILIZAR:	06:00		
244	NOTA:	07:00		
245	OUTROS:	08:00		
246	INSTRUÇAO:	09:00		
247	DISPONIBILIZAR:	10:00		
248	NOTA:	11:00		
249	OUTROS:	12:00		
250	INSTRUÇAO:	13:00		
251	DISPONIBILIZAR:	14:00		
252	NOTA:	15:00		
253	OUTROS:	16:00		
254	INSTRUÇAO:	17:00		
255	DISPONIBILIZAR:	18:00		
256	NOTA:	19:00		
257	OUTROS:	20:00		
258	INSTRUÇAO:	21:00		
259	DISPONIBILIZAR:	22:00		
260	NOTA:	23:00		
261	OUTROS:	00:00		
262	INSTRUÇAO:	01:00		
263	DISPONIBILIZAR:	02:00		
264	NOTA:	03:00		
265	OUTROS:	04:00		
266	INSTRUÇAO:	05:00		
267	DISPONIBILIZAR:	06:00		
268	NOTA:	07:00		
269	OUTROS:	08:00		
270	INSTRUÇAO:	09:00		
271	DISPONIBILIZAR:	10:00		
272	NOTA:	11:00		
273	OUTROS:	12:00		
274	INSTRUÇAO:	13:00		
275	DISPONIBILIZAR:	14:00		
276	NOTA:	15:00		
277	OUTROS:	16:00		
278	INSTRUÇAO:	17:00		
279	DISPONIBILIZAR:	18:00		
280	NOTA:	19:00		
281	OUTROS:	20:00		

EVOLUÇÃO MÉDICA - CIRURGIA

DATA: 01/02/2019	D/HGR: 01/02/19	DN: 12/11/81	ÁREA: Bloco 3
NOME: <u>Pimentel Quirino Silveira</u>	UNID:	LEITO: 214 - A	
DATA DA CIRURGIA: 03/02/2019	MÉDICO RECEPTOR: <u>Dr Francisco Andrade</u>	MÉDICO RESPONSÁVEL:	
ESPECIE: <u>Exame</u>			
Diagnósticos: <u>Trauma torácico</u>			
Dispositivos:	Antimicrobianos:	Progresso:	
ANS:	None		
Sensação Visual:			
Pressão de Térox: <u>100x1.075</u>			
Orientações: <u>Alívio da dor</u>			
para exames:			

(+) paciente sem queixas, noite sem intuscessões, diarreia, flates e evacuação +, desmodando, dor na parte alta do abdômen, dor, vômito, diarréia

(+) exame físico: paciente com dor abdominal, desmodando, dor no abdômen, dor lombar, dor nas costas, dor no tórax.

Exame Tóxico: RBC: ; MEC: ; / Anictérico() ou clínico() / /

Habituado(X) ou desdranado() / / Consciente() ou inconsciente() / /

Convuls() ou hipotensão() / / Admitido ao hospital Clínico / /

Ap. Cardiovascular

(+) RCR21, RCPF, sem sopro

(-) Outros: _____

(-) DVA/ Quist: _____

10 SET 2019

05 SET 2019

Ap. Respiratório

(-) MV + bradi: -, sem ruídos adventícios

(+) Outros: Prato de hambúrguer desde amanhã mais intensos na manhã e tarde na noite na manhã mais intensos

ABD:

(-) Feces, urina viscosas, moco, sangue, BSA:

(+) Outros: sem gástrica intensas apresentações mais intensas tarde na noite

Ext:

(-) Ausculta peritoneal patológica (<3s), ausência de ecos: Parte: n/a, das: n/a

(-) Outros: _____

III: Melhora na expansão no pulmão D. melhora na respiração

FO: _____

PROGRAMAÇÃO:

CD: metro cinza

EXAMINS - DA	A:	/	10						
CB	GV		HS		HT		PLT		
U:	CR		TEC		ICP		BO		
RI	BT		TA		GCT		TAP		
QNTIFICA	CPA		GLC		ANII		LIP		

Dr. Jorge Soárez - Consultor

Fábio Aparecido Góes

Mai 12/16/2019

Interno - UFPA

Medico: Fábio Aparecido Góes

Consultor: Dr. Jorge Soárez

Interno - UFPA

EVOLUÇÃO MÉDICA - CIRURGIA

DATA:	30/04/10	DI/HOR:	21/04/10	DN:	1011151	ÁREA:	86503
NOME:	Ricardo Júnior Reis	IDADE:	6+2	LEITO:	Q9-1		
DATA DA CIRURGIA:	27/04/10	MÉDICO PRECEPTOR:	Dr. Romonay				
				MÉDICO RESIDENTE:			

Diagnósticos:	Tumor torácico
Procedimentos:	
SNC:	
Sonho Visceral:	
Dreno de úrax:	
Outros:	
Desvio:	5 de volta para o lado

Paciente bem queikas, noite sem intercorrências. Urtigas, fálos e evanescência, desambulando, acorda bem a noite. Nega febre, dor, vômito, diarreias.

Exames: Paciente acorda, muito dor em cintura com definição, pescoço, dor lombar e dor nas costas. Peso 24kg / Altura 120cm / Peso ideal 20kg / Altura ideal 110cm / Peso real 24kg / Altura real 120cm / Exame Físico: BEG (X) REG (+) / M.G(+) / Anestérico (-) ou Intérigo (-) / Anestésico (-) ou Intérigo (-) / Desidratado (-) ou Desidratado (+) / Consciente (-) ou Desorientado (-) / Consciente (+) ou Desorientado (+) / Hipocorada (+) / Adanó-ica (-) ou Cianótica (-) / (-) / 14

Ap. Cardiovascular:
 TCRV (-), DCM, sem Sopros
 Outros:

Ap. Respiratório:
 MV + bilateral, sem Ruídos Adventícios
 Outros: MV + bilateral, menor na inferior 2. Tórax: P.R.A.

ABD:
 Abd. sem visceromegalia, indolor, R.H.A. I
 Outros:

Ext.
 Bom perfusão periférica (< 5s). Ausência de edemas; Punturilhas intc.
 Outros:

Ext.: Ponto em R.F.C., dor no trânsito.

H.O.:

PANORAMAÇÃO: Rx de dor (neg)

Rx de dor com bivalirum. Em fase de fitx.

CD:

Motivação:

Dr. Jorge Barros Freitas
Médico Residente
Sesmed
UFSCar

Fábio Gómez
Matr. 29415261
UFSCar



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

EVALUACAO DE FISIOTERAPIA

BLOCOS E PAAR

Name: Rainnudie Monette Reiher

Idade: 67 Sexo: M() F() Leito: 234-1 Diagnóstico: Hemorragia subaracnóidea

1

30/3410

Professional

02/05/19 - Pd. submetido a fisioterapia respiratória. Sem intercorrência.

Profissional:
Edilaine Rosângela Ferreira
Esteticista
CREST/SC 00007-F

五

三

卷之三

Data: 2016 (32)

Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridos - Protocolo
Versão 08 Elaborada: 02/2013

Versão:03
Elaborada: 02/2013
Atualizada: 12/2013

Zocotização		Região <input checked="" type="checkbox"/> Língua <input type="checkbox"/> Cervical
Etiologia		<input checked="" type="checkbox"/> ZPP I II III IV <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Férigo <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:
Apresentação		<input type="checkbox"/> Neurite Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Urticária <input type="checkbox"/> Eritema <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida recidivante <input type="checkbox"/> Sonda <input type="checkbox"/> Outro:
Lado		<input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Maccrás <input type="checkbox"/> Iúca <input type="checkbox"/> Entusio / Rubor <input type="checkbox"/> Esquerdo <input type="checkbox"/> Outro:
Poss. Pericial		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macrás <input type="checkbox"/> Iúca <input type="checkbox"/> Entusio / Rubor <input type="checkbox"/> Norma <input type="checkbox"/> Mezzadro <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:
Tipo de exsudato		<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sangüinolento <input type="checkbox"/> Serossanguinolento <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:
Quantidade		<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Seco
Exsudato		<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco
Solução de contingência		<input type="checkbox"/> Seco Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Glicosol 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágeno e Fibroblaste <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:
Cobertura primária		<input type="checkbox"/> 12x12 <input type="checkbox"/> 10x10 <input type="checkbox"/> 15x15 <input type="checkbox"/> 20x20 <input type="checkbox"/> 25x25 <input type="checkbox"/> 30x30 <input type="checkbox"/> 35x35 <input type="checkbox"/> 40x40 <input type="checkbox"/> 45x45 <input type="checkbox"/> 50x50 <input type="checkbox"/> 55x55 <input type="checkbox"/> 60x60 <input type="checkbox"/> 65x65 <input type="checkbox"/> 70x70 <input type="checkbox"/> 75x75 <input type="checkbox"/> 80x80 <input type="checkbox"/> 85x85 <input type="checkbox"/> 90x90 <input type="checkbox"/> 95x95 <input type="checkbox"/> 100x100 <input type="checkbox"/> 105x105 <input type="checkbox"/> 110x110 <input type="checkbox"/> 115x115 <input type="checkbox"/> 120x120 <input type="checkbox"/> 125x125 <input type="checkbox"/> 130x130 <input type="checkbox"/> 135x135 <input type="checkbox"/> 140x140 <input type="checkbox"/> 145x145 <input type="checkbox"/> 150x150 <input type="checkbox"/> 155x155 <input type="checkbox"/> 160x160 <input type="checkbox"/> 165x165 <input type="checkbox"/> 170x170 <input type="checkbox"/> 175x175 <input type="checkbox"/> 180x180 <input type="checkbox"/> 185x185 <input type="checkbox"/> 190x190 <input type="checkbox"/> 195x195 <input type="checkbox"/> 200x200 <input type="checkbox"/> 205x205 <input type="checkbox"/> 210x210 <input type="checkbox"/> 215x215 <input type="checkbox"/> 220x220 <input type="checkbox"/> 225x225 <input type="checkbox"/> 230x230 <input type="checkbox"/> 235x235 <input type="checkbox"/> 240x240 <input type="checkbox"/> 245x245 <input type="checkbox"/> 250x250 <input type="checkbox"/> 255x255 <input type="checkbox"/> 260x260 <input type="checkbox"/> 265x265 <input type="checkbox"/> 270x270 <input type="checkbox"/> 275x275 <input type="checkbox"/> 280x280 <input type="checkbox"/> 285x285 <input type="checkbox"/> 290x290 <input type="checkbox"/> 295x295 <input type="checkbox"/> 300x300 <input type="checkbox"/> 305x305 <input type="checkbox"/> 310x310 <input type="checkbox"/> 315x315 <input type="checkbox"/> 320x320 <input type="checkbox"/> 325x325 <input type="checkbox"/> 330x330 <input type="checkbox"/> 335x335 <input type="checkbox"/> 340x340 <input type="checkbox"/> 345x345 <input type="checkbox"/> 350x350 <input type="checkbox"/> 355x355 <input type="checkbox"/> 360x360 <input type="checkbox"/> 365x365 <input type="checkbox"/> 370x370 <input type="checkbox"/> 375x375 <input type="checkbox"/> 380x380 <input type="checkbox"/> 385x385 <input type="checkbox"/> 390x390 <input type="checkbox"/> 395x395 <input type="checkbox"/> 400x400 <input type="checkbox"/> 405x405 <input type="checkbox"/> 410x410 <input type="checkbox"/> 415x415 <input type="checkbox"/> 420x420 <input type="checkbox"/> 425x425 <input type="checkbox"/> 430x430 <input type="checkbox"/> 435x435 <input type="checkbox"/> 440x440 <input type="checkbox"/> 445x445 <input type="checkbox"/> 450x450 <input type="checkbox"/> 455x455 <input type="checkbox"/> 460x460 <input type="checkbox"/> 465x465 <input type="checkbox"/> 470x470 <input type="checkbox"/> 475x475 <input type="checkbox"/> 480x480 <input type="checkbox"/> 485x485 <input type="checkbox"/> 490x490 <input type="checkbox"/> 495x495 <input type="checkbox"/> 500x500 <input type="checkbox"/> 505x505 <input type="checkbox"/> 510x510 <input type="checkbox"/> 515x515 <input type="checkbox"/> 520x520 <input type="checkbox"/> 525x525 <input type="checkbox"/> 530x530 <input type="checkbox"/> 535x535 <input type="checkbox"/> 540x540 <input type="checkbox"/> 545x545 <input type="checkbox"/> 550x550 <input type="checkbox"/> 555x555 <input type="checkbox"/> 560x560 <input type="checkbox"/> 565x565 <input type="checkbox"/> 570x570 <input type="checkbox"/> 575x575 <input type="checkbox"/> 580x580 <input type="checkbox"/> 585x585 <input type="checkbox"/> 590x590 <input type="checkbox"/> 595x595 <input type="checkbox"/> 600x600 <input type="checkbox"/> 605x605 <input type="checkbox"/> 610x610 <input type="checkbox"/> 615x615 <input type="checkbox"/> 620x620 <input type="checkbox"/> 625x625 <input type="checkbox"/> 630x630 <input type="checkbox"/> 635x635 <input type="checkbox"/> 640x640 <input type="checkbox"/> 645x645 <input type="checkbox"/> 650x650 <input type="checkbox"/> 655x655 <input type="checkbox"/> 660x660 <input type="checkbox"/> 665x665 <input type="checkbox"/> 670x670 <input type="checkbox"/> 675x675 <input type="checkbox"/> 680x680 <input type="checkbox"/> 685x685 <input type="checkbox"/> 690x690 <input type="checkbox"/> 695x695 <input type="checkbox"/> 700x700 <input type="checkbox"/> 705x705 <input type="checkbox"/> 710x710 <input type="checkbox"/> 715x715 <input type="checkbox"/> 720x720 <input type="checkbox"/> 725x725 <input type="checkbox"/> 730x730 <input type="checkbox"/> 735x735 <input type="checkbox"/> 740x740 <input type="checkbox"/> 745x745 <input type="checkbox"/> 750x750 <input type="checkbox"/> 755x755 <input type="checkbox"/> 760x760 <input type="checkbox"/> 765x765 <input type="checkbox"/> 770x770 <input type="checkbox"/> 775x775 <input type="checkbox"/> 780x780 <input type="checkbox"/> 785x785 <input type="checkbox"/> 790x790 <input type="checkbox"/> 795x795 <input type="checkbox"/> 800x800 <input type="checkbox"/> 805x805 <input type="checkbox"/> 810x810 <input type="checkbox"/> 815x815 <input type="checkbox"/> 820x820 <input type="checkbox"/> 825x825 <input type="checkbox"/> 830x830 <input type="checkbox"/> 835x835 <input type="checkbox"/> 840x840 <input type="checkbox"/> 845x845 <input type="checkbox"/> 850x850 <input type="checkbox"/> 855x855 <input type="checkbox"/> 860x860 <input type="checkbox"/> 865x865 <input type="checkbox"/> 870x870 <input type="checkbox"/> 875x875 <input type="checkbox"/> 880x880 <input type="checkbox"/> 885x885 <input type="checkbox"/> 890x890 <input type="checkbox"/> 895x895 <input type="checkbox"/> 900x900 <input type="checkbox"/> 905x905 <input type="checkbox"/> 910x910 <input type="checkbox"/> 915x915 <input type="checkbox"/> 920x920 <input type="checkbox"/> 925x925 <input type="checkbox"/> 930x930 <input type="checkbox"/> 935x935 <input type="checkbox"/> 940x940 <input type="checkbox"/> 945x945 <input type="checkbox"/> 950x950 <input type="checkbox"/> 955x955 <input type="checkbox"/> 960x960 <input type="checkbox"/> 965x965 <input type="checkbox"/> 970x970 <input type="checkbox"/> 975x975 <input type="checkbox"/> 980x980 <input type="checkbox"/> 985x985 <input type="checkbox"/> 990x990 <input type="checkbox"/> 995x995 <input type="checkbox"/> 1000x1000 <input type="checkbox"/> 1005x1005 <input type="checkbox"/> 1010x1010 <input type="checkbox"/> 1015x1015 <input type="checkbox"/> 1020x1020 <input type="checkbox"/> 1025x1025 <input type="checkbox"/> 1030x1030 <input type="checkbox"/> 1035x1035 <input type="checkbox"/> 1040x1040 <input type="checkbox"/> 1045x1045 <input type="checkbox"/> 1050x1050 <input type="checkbox"/> 1055x1055 <input type="checkbox"/> 1060x1060 <input type="checkbox"/> 1065x1065 <input type="checkbox"/> 1070x1070 <input type="checkbox"/> 1075x1075 <input type="checkbox"/> 1080x1080 <input type="checkbox"/> 1085x1085 <input type="checkbox"/> 1090x1090 <input type="checkbox"/> 1095x1095 <input type="checkbox"/> 1100x1100 <input type="checkbox"/> 1105x1105 <input type="checkbox"/> 1110x1110 <input type="checkbox"/> 1115x1115 <input type="checkbox"/> 1120x1120 <input type="checkbox"/> 1125x1125 <input type="checkbox"/> 1130x1130 <input type="checkbox"/> 1135x1135 <input type="checkbox"/> 1140x1140 <input type="checkbox"/> 1145x1145 <input type="checkbox"/> 1150x1150 <input type="checkbox"/> 1155x1155 <input type="checkbox"/> 1160x1160 <input type="checkbox"/> 1165x1165 <input type="checkbox"/> 1170x1170 <input type="checkbox"/> 1175x1175 <input type="checkbox"/> 1180x1180 <input type="checkbox"/> 1185x1185 <input type="checkbox"/> 1190x1190 <input type="checkbox"/> 1195x1195 <input type="checkbox"/> 1200x1200 <input type="checkbox"/> 1205x1205 <input type="checkbox"/> 1210x1210 <input type="checkbox"/> 1215x1215 <input type="checkbox"/> 1220x1220 <input type="checkbox"/> 1225x1225 <input type="checkbox"/> 1230x1230 <input type="checkbox"/> 1235x1235 <input type="checkbox"/> 1240x1240 <input type="checkbox"/> 1245x1245 <input type="checkbox"/> 1250x1250 <input type="checkbox"/> 1255x1255 <input type="checkbox"/> 1260x1260 <input type="checkbox"/> 1265x1265 <input type="checkbox"/> 1270x1270 <input type="checkbox"/> 1275x1275 <input type="checkbox"/> 1280x1280 <input type="checkbox"/> 1285x1285 <input type="checkbox"/> 1290x1290 <input type="checkbox"/> 1295x1295 <input type="checkbox"/> 1300x1300 <input type="checkbox"/> 1305x1305 <input type="checkbox"/> 1310x1310 <input type="checkbox"/> 1315x1315 <input type="checkbox"/> 1320x1320 <input type="checkbox"/> 1325x1325 <input type="checkbox"/> 1330x1330 <input type="checkbox"/> 1335x1335 <input type="checkbox"/> 1340x1340 <input type="checkbox"/> 1345x1345 <input type="checkbox"/> 1350x1350 <input type="checkbox"/> 1355x1355 <input type="checkbox"/> 1360x1360 <input type="checkbox"/> 1365x1365 <input type="checkbox"/> 1370x1370 <input type="checkbox"/> 1375x1375 <input type="checkbox"/> 1380x1380 <input type="checkbox"/> 1385x1385 <input type="checkbox"/> 1390x1390 <input type="checkbox"/> 1395x1395 <input type="checkbox"/> 1400x1400 <input type="checkbox"/> 1405x1405 <input type="checkbox"/> 1410x1410 <input type="checkbox"/> 1415x1415 <input type="checkbox"/> 1420x1420 <input type="checkbox"/> 1425x1425 <input type="checkbox"/> 1430x1430 <input type="checkbox"/> 1435x1435 <input type="checkbox"/> 1440x1440 <input type="checkbox"/> 1445x1445 <input type="checkbox"/> 1450x1450 <input type="checkbox"/> 1455x1455 <input type="checkbox"/> 1460x1460 <input type="checkbox"/> 1465x1465 <input type="checkbox"/> 1470x1470 <input type="checkbox"/> 1475x1475 <input type="checkbox"/> 1480x1480 <input type="checkbox"/> 1485x1485 <input type="checkbox"/> 1490x1490 <input type="checkbox"/> 1495x1495 <input type="checkbox"/> 1500x1500 <input type="checkbox"/> 1505x1505 <input type="checkbox"/> 1510x1510 <input type="checkbox"/> 1515x1515 <input type="checkbox"/> 1520x1520 <input type="checkbox"/> 1525x1525 <input type="checkbox"/> 1530x1530 <input type="checkbox"/> 1535x1535 <input type="checkbox"/> 1540x1540 <input type="checkbox"/> 1545x1545 <input type="checkbox"/> 1550x1550 <input type="checkbox"/> 1555x1555 <input type="checkbox"/> 1560x1560 <input type="checkbox"/> 1565x1565 <input type="checkbox"/> 1570x1570 <input type="checkbox"/> 1575x1575 <input type="checkbox"/> 1580x1580 <input type="checkbox"/> 1585x1585 <input type="checkbox"/> 1590x1590 <input type="checkbox"/> 1595x1595 <input type="checkbox"/> 1600x1600 <input type="checkbox"/> 1605x1605 <input type="checkbox"/> 1610x1610 <input type="checkbox"/> 1615x1615 <input type="checkbox"/> 1620x1620 <input type="checkbox"/> 1625x1625 <input type="checkbox"/> 1630x1630 <input type="checkbox"/> 1635x1635 <input type="checkbox"/> 1640x1640 <input type="checkbox"/> 1645x1645 <input type="checkbox"/> 1650x1650 <input type="checkbox"/> 1655x1655 <input type="checkbox"/> 1660x1660 <input type="checkbox"/> 1665x1665 <input type="checkbox"/> 1670x1670 <input type="checkbox"/> 1675x1675 <input type="checkbox"/> 1680x1680 <input type="checkbox"/> 1685x1685 <input type="checkbox"/> 1690x1690 <input type="checkbox"/> 1695x1695 <input type="checkbox"/> 1700x1700 <input type="checkbox"/> 1705x1705 <input type="checkbox"/> 1710x1710 <input type="checkbox"/> 1715x1715 <input type="checkbox"/> 1720x1720 <input type="checkbox"/> 1725x1725 <input type="checkbox"/> 1730x1730 <input type="checkbox"/> 1735x1735 <input type="checkbox"/> 1740x1740 <input type="checkbox"/> 1745x1745 <input type="checkbox"/> 1750x1750 <input type="checkbox"/> 1755x1755 <input type="checkbox"/> 1760x1760 <input type="checkbox"/> 1765x1765 <input type="checkbox"/> 1770x1770 <input type="checkbox"/> 1775x1775 <input type="checkbox"/> 1780x1780 <input type="checkbox"/> 1785x1785 <input type="checkbox"/> 1790x1790 <input type="checkbox"/> 1795x1795 <input type="checkbox"/> 1800x1800 <input type="checkbox"/> 1805x1805 <input type="checkbox"/> 1810x1810 <input type="checkbox"/> 1815x1815 <input type="checkbox"/> 1820x1820 <input type="checkbox"/> 1825x1825 <input type="checkbox"/> 1830x1830 <input type="checkbox"/> 1835x1835 <input type="checkbox"/> 1840x1840 <input type="checkbox"/> 1845x1845 <input type="checkbox"/> 1850x1850 <input type="checkbox"/> 1855x1855 <input type="checkbox"/> 1860x1860 <input type="checkbox"/> 1865x1865 <input type="checkbox"/> 1870x1870 <input type="checkbox"/> 1875x1875 <input type="checkbox"/> 1880x1880 <input type="checkbox"/> 1885x1885 <input type="checkbox"/> 1890x1890 <input type="checkbox"/> 1895x1895 <input type="checkbox"/> 1900x1900 <input type="checkbox"/> 1905x1905 <input type="checkbox"/> 1910x1910 <input type="checkbox"/> 1915x1915 <input type="checkbox"/> 1920x1920 <input type="checkbox"/> 1925x1925 <input type="checkbox"/> 1930x1930 <input type="checkbox"/> 1935x1935 <input type="checkbox"/> 1940x1940 <input type="checkbox"/> 1945x1945 <input type="checkbox"/> 1950x1950 <input type="checkbox"/> 1955x1955 <input type="checkbox"/> 1960x1960 <input type="checkbox"/> 1965x1965 <input type="checkbox"/> 1970x1970 <input type="checkbox"/> 1975x1975 <input type="checkbox"/> 1980x1980 <input type="checkbox"/> 1985x1985 <input type="checkbox"/> 1990x1990 <input type="checkbox"/> 1995x1995 <input type="checkbox"/> 2000x2000 <input type="checkbox"/> 2005x2005 <input type="checkbox"/> 2010x2010 <input type="checkbox"/> 2015x2015 <input type="checkbox"/> 2020x2020 <input type="checkbox"/> 2025x2025 <input type="checkbox"/> 2030x2030 <input type="checkbox"/> 2035x2035 <input type="checkbox"/> 2040x2040 <input type="checkbox"/> 2045x2045 <input type="checkbox"/> 2050x2050 <input type="checkbox"/> 2055x2055 <input type="checkbox"/> 2060x2060 <input type="checkbox"/> 2065x2065 <input type="checkbox"/> 2070x2070 <input type="checkbox"/> 2075x2075 <input type="checkbox"/> 2080x2080 <input type="checkbox"/> 2085x2085 <input type="checkbox"/> 2090x2090 <input type="checkbox"/> 2095x2095 <input type="checkbox"/> 2100x2100 <input type="checkbox"/> 2105x2105 <input type="checkbox"/> 2110x2110 <input type="checkbox"/> 2115x2115 <input type="checkbox"/> 2120x2120 <input type="checkbox"/> 2125x2125 <input type="checkbox"/> 2130x2130 <input type="checkbox"/> 2135x2135 <input type="checkbox"/> 2140x2140 <input type="checkbox"/> 2145x2145 <input type="checkbox"/> 2150x2150 <input type="checkbox"/> 2155x2155 <input type="checkbox"/> 2160x2160 <input type="checkbox"/> 2165x2165 <input type="checkbox"/> 2170x2170 <input type="checkbox"/> 2175x2175 <input type="checkbox"/> 2180x2180 <input type="checkbox"/> 2185x2185 <input type="checkbox"/> 2190x2190 <input type="checkbox"/> 2195x2195 <input type="checkbox"/> 2200x2200 <input type="checkbox"/> 2205x2205 <input type="checkbox"/> 2210x2210 <input type="checkbox"/> 2215x2215 <input type="checkbox"/> 2220x2220 <input type="checkbox"/> 2225x2225 <input type="checkbox"/> 2230x2230 <input type="checkbox"/> 2235x2235 <input type="checkbox"/> 2240x2240 <input type="checkbox"/> 2245x2245 <input type="checkbox"/> 2250x2250 <input type="checkbox"/> 2255x2255 <input type="checkbox"/> 2260x2260 <input type="checkbox"/> 2265x2265 <input type="checkbox"/> 2270x2270 <input type="checkbox"/> 2275x2275 <input type="checkbox"/> 2280x2280 <input type="checkbox"/> 2285x2285 <input type="checkbox"/> 2290x2290 <input type="checkbox"/> 2295x2295 <input type="checkbox"/> 2300x2300 <input type="checkbox"/> 2305x2305 <input type="checkbox"/> 2310x2310 <input type="checkbox"/> 2315x2315 <input type="checkbox"/> 2320x2320 <input type="checkbox"/> 2325x2325 <input type="checkbox"/> 2330x2330 <input type="checkbox"/> 2335x2335 <input type="checkbox"/> 2340x2340 <input type="checkbox"/> 2345x2345 <input type="checkbox"/> 2350x2350 <input type="checkbox"/> 2355x2355 <input type="checkbox"/> 2360x2360 <input type="checkbox"/> 2365x2365 <input type="checkbox"/> 2370x2370 <input type="checkbox"/> 2375x2375 <input type="checkbox"/> 2380x2380 <input type="checkbox"/> 2385x2385 <input type="checkbox"/> 2390x2390 <input type="checkbox"/> 2395x2395 <input type="checkbox"/> 2400x2400 <input type="checkbox"/> 2405x2405 <input type="checkbox"/> 2410x2410 <input type="checkbox"/> 2415x2415 <input type="checkbox"/> 2420x2420 <input type="checkbox"/> 2425x2425 <input type="checkbox"/> 2430x2430 <input type="checkbox"/> 2435x2435 <input type="checkbox"/> 2440x2440 <input type="checkbox"/> 2445x2445 <input type="checkbox"/> 2450x2450 <input type="checkbox"/> 2455x2455 <input type="checkbox"/> 2460x2460 <input type="checkbox"/> 2465x2465 <input type="checkbox"/> 2470x2470 <input type="checkbox"/> 2475x2475 <input type="checkbox"/> 2480x2480 <input type="checkbox"/> 2485x2485 <input type="checkbox"/> 2490x2490 <input type="checkbox"/> 2495x2495 <input type="checkbox"/> 2500x2500 <input type="checkbox"/> 2505x2505 <input type="checkbox"/> 2510x2510 <input type="checkbox"/> 2515x2515 <input type="checkbox"/> 2520x2520 <input type="checkbox"/> 2525x2525 <input type="checkbox"/> 2530x2530 <input type="checkbox"/> 2535x2535 <input type="checkbox"/> 2540x2540 <input type="checkbox"/> 2545x2545 <input type="checkbox"/> 2550x2550 <input type="checkbox"/> 2555x2555 <input type="checkbox"/> 2560x2560 <input type="checkbox"/> 2565x2565 <input type="checkbox"/> 2570x2570 <input type="checkbox"/> 2575x2575 <input type="checkbox"/> 2580x2580 <input type="checkbox"/> 2585x2585 <input type="checkbox"/> 2590x2590 <input type="checkbox"/> 2595x2595 <input type="checkbox"/> 2600x2600 <input type="checkbox"/> 2605x2605 <input type="checkbox"/> 2610x2610 <input type="checkbox"/> 2615x2615 <input type="checkbox"/> 2620x2620 <input type="checkbox"/> 2625x2625 <input type="checkbox"/> 2630x2630 <input type="checkbox"/> 2635x2635 <input type="checkbox"/> 2640x2640 <input type="checkbox"/> 2645x2645 <input type="checkbox"/> 2650x2650 <input type="checkbox"/> 2655x2655 <input type="checkbox"/> 2660x2660 <input type="checkbox"/> 2665x2665 <input type="checkbox"/> 2670x2670 <input type="checkbox"/> 2675x2675 <input type="checkbox"/> 2680x2680 <input type="checkbox"/> 2685x2685 <input type="checkbox"/> 2690x2690 <input type="checkbox"/> 2695x2695 <input type="checkbox"/> 2700x2700 <input type="checkbox"/> 2705x2705 <input type="checkbox"/> 2710x2710 <input type="checkbox"/> 2715x2715 <input type="checkbox"/> 2720x2720 <input type="checkbox"/> 2725x2725 <input type="checkbox"/> 2730x2730 <input type="checkbox"/> 2735x2735 <input type="checkbox"/> 2740x2740 <input type="checkbox"/> 2745x2745 <input type="checkbox"/> 2750x2750 <input type="checkbox"/> 2755x2755 <input type="checkbox"/> 2760x2760 <input type="checkbox"/> 2765x2765 <input type="checkbox"/> 2770x2770 <input type="checkbox"/> 2775x2775 <input type="checkbox"/> 2780x2780 <input type="checkbox"/> 2785x2785 <input type="checkbox"/> 2790x2790 <input type="checkbox"/> 2795x2795 <input type="checkbox"/> 2800x2800 <input type="checkbox"/> 2805x2805 <input type="checkbox"/> 2810x2810 <input type="checkbox"/> 2815x2815 <input type="checkbox"/> 2820x2820 <input type="checkbox"/> 2825x2825 <input type="checkbox"/> 2830x2830 <input type="checkbox"/> 2835x2835 <input type="checkbox"/> 2840x2840 <input type="checkbox"/> 2845x2845 <input type="checkbox"/> 2850x2850 <input type="checkbox"/> 2855x2855 <input type="checkbox"/> 2860x2860 <input type="checkbox"/> 2865x2865 <input type="checkbox"/> 2870x2870 <input type="checkbox"/> 2875x2875 <input type="checkbox"/> 2880x2880 <input type="checkbox"/> 2885x2885 <input type="checkbox"/> 2890x2890 <input type="checkbox"/> 2895x2895 <input type="checkbox"/> 2900x2900 <input type="checkbox"/> 2905x2905 <input type="checkbox"/> 2910x2910 <input type="checkbox"/> 2915x2915 <input type="checkbox"/> 2920x2920 <input type="checkbox"/> 2925x2925 <input type="checkbox"/> 2930x2930 <input type="checkbox"/> 2935x2935 <input type="checkbox"/> 2940x2940 <input type="checkbox"/> 2945x2945 <input type="checkbox"/> 2950x2950 <input type="checkbox"/> 2955x2955 <input type="checkbox"/> 2960x2960 <input type="checkbox"/> 2965x2965 <input type="checkbox"/> 2970x2970 <input type="checkbox"/> 2975x2975 <input type="checkbox"/> 2980x2980 <input type="checkbox"/> 2985x2985 <input type="checkbox"/> 2990x2990 <input type="checkbox"/> 2995x2995 <input type="checkbox"/> 3000x3000 <input type="checkbox"/> 3005x3005 <input type="checkbox"/> 3010x3010 <input type="checkbox"/> 3015x3015 <input type="checkbox"/> 3020x3020 <input type="checkbox"/> 3025x3025 <input type="checkbox"/> 3030x3030 <input type="checkbox"/> 3035x3035 <input type="checkbox"/> 3040x3040 <input type="checkbox"/> 3045x3045 <input type="checkbox"/> 3050x3050 <input type="checkbox"/> 3055x3055 <input type="checkbox"/> 3060x3060 <input type="checkbox"/> 3065x3065 <input type="checkbox"/> 3070x3070 <input type="checkbox"/> 3075x3075 <input type="checkbox"/> 3080x3080 <input type="checkbox"/> 3085x3085 <input type="checkbox"/> 3090x3090 <input type="checkbox"/> 3095x3095 <input type="checkbox"/> 3100x3100 <input type="checkbox"/> 3105x3105 <input type="checkbox"/> 3110x3110 <input type="checkbox"/> 3115x3115 <input type="checkbox"/> 3120x3120 <input type="checkbox"/> 3125x3125 <input type="checkbox"/> 3130x3130 <input type="checkbox"/> 3135x3135 <input type="checkbox"/> 3140x3140 <input type="checkbox"/> 3145x3145 <input type="checkbox"/> 3150x3150 <input type="checkbox"/> 3155x3155 <input type="checkbox"/> 3160x3160 <input type="checkbox"/> 3165x3165 <input type="checkbox"/> 3170x3170 <input type="checkbox"/> 3175x3175 <input type="checkbox"/> 3180x3180 <input type="checkbox"/> 3185x3185 <input type="checkbox"/> 3190x3190 <input type="checkbox"/> 3195x3195 <input type="checkbox"/> 3200x3200 <input type="checkbox"/> 3205x3205 <input type="checkbox"/> 3210x3210 <input type="checkbox"/> 3215x3215 <input type="checkbox"/> 3220x3220 <input type="checkbox"/> 3225x3225 <input type="checkbox"/> 3230x3230 <input type="checkbox"/> 3235x3235 <input type="checkbox"/> 3240x3240 <input type="checkbox"/> 3245x3245 <input type="checkbox"/> 3250x3250 <input type="checkbox"/> 3255x3255 <input type="checkbox"/> 3260x3260 <input type="checkbox"/> 3265x3265 <input type="checkbox"/> 3270x3270 <input type="checkbox"/> 3275x3275 <input type="checkbox"/> 3280x3280 <input type="checkbox"/> 3285x3285 <input type="checkbox"/> 3290x3290 <input type="checkbox"/> 3295x3295 <input type="checkbox"/> 3300x3300 <input type="checkbox"/> 3305x3305 <input type="checkbox"/> 3310x3310 <input type="checkbox"/> 3315x3315 <input type="checkbox"/> 3320x3320 <input type="checkbox"/> 3325x3325 <input type="checkbox"/> 3330x3330 <input type="checkbox"/> 3335x3335 <input type="checkbox"/> 3340x3340 <input type="checkbox"/> 3345x3345 <input type="checkbox"/> 3350x3350 <input type="checkbox"/> 3355x3355 <input type="checkbox"/> 3360x3360 <input type="checkbox"/> 3365x3365 <input type="checkbox"/> 3370x3370 <input type="checkbox"/> 3375x3375 <input type="checkbox"/> 3380x3380 <input type="checkbox"/> 3385x3385 <input type="checkbox"/> 3390x3390 <input type="checkbox"/> 3395x3395 <input type="checkbox"/> 3400x3400 <input type="checkbox"/> 3405x3405 <input type="checkbox"/> 3410x3410 <input type="checkbox"/> 3415x3415 <input type="checkbox"/> 3420x3420 <input type="checkbox"/> 3425x3425 <input type="checkbox"/> 3430x3430 <input type="checkbox"/> 3435x3435 <input type="checkbox"/> 3440x3440 <input type="checkbox"/> 3445x3445 <input type="checkbox"/> 3450x3450 <input type="checkbox"/> 3455x3455 <input type="checkbox"/> 3460x3460 <input type="checkbox"/> 3465x3465 <input type="checkbox"/> 3470x3470 <input type="checkbox"/> 3475x3475 <input type="checkbox"/> 3480x3480 <input type="checkbox"/> 3485x3485 <input type="checkbox"/> 3490x3490 <input type="checkbox"/> 3495x3495 <input type="checkbox"/> 3500x3500 <input type="checkbox"/> 3505x3505 <input type="checkbox"/> 3510x3510 <input type="checkbox"/> 3515x3515 <input type="checkbox"/> 3520x3520 <input type="checkbox"/> 3525x3525 <input type="checkbox"/> 3530x3530 <input type="checkbox"/> 3535x3535 <input type="checkbox"/> 3540x3540 <input type="checkbox"/> 3545x3545 <input type="checkbox"/> 3550x3550 <input type="checkbox"/> 3555x3555 <input type="checkbox"/> 3560x3560 <input type="checkbox"/> 3565x3565 <input type="checkbox"/> 3570x3570 <input type="checkbox"/> 3575x3575 <input type="checkbox"/> 3580x3580 <input type="checkbox"/> 3585x3585 <input type="checkbox"/> 3590x3590 <input type="checkbox"/> 3595x3595 <input type="checkbox"/> 3600x3600 <input type="checkbox"/> 3605x3605 <input type="checkbox"/> 3610x3610 <input type="checkbox"/> 3615x3615 <input type="checkbox"/> 3620x3620 <input type="checkbox"/> 3625x3625 <input type="checkbox"/> 3630x3630 <input type="checkbox"/> 3635x3635 <input type="checkbox"/> 3640x3640 <input type="checkbox"/> 3645x3645 <input type="checkbox"/> 3650x3650 <input type="checkbox"/> 3655x3655 <input type="checkbox"/> 3660x3660 <input type="checkbox"/> 3665x3665 <input type="checkbox"/> 3670x3670 <input type="checkbox"/> 3675x3675 <input type="checkbox"/> 3680x3



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



CIRURGIA GERAL

ALERGIA: NÃO SIM

NOME **Raimundo Nonato Ribeiro da Silva**

LEITO **214-1**

DATA **01/05/19**

Dieta oral livre

HP

Pelotraumática

2 AVP

retrooperatório
Dr. Fernando Andrade

3 Diprofana 10 EV 6/6h

Melso

melso

4 Vaso 10 mg EV 8/8h

metformina

metformina

5 Ondaslettrona 4mg EV 8/8h, se ausência de Plasti

metformina

metformina

6 Itraconazol 100mg - 50 0,5% 200 ml 8/8h S/N

metformina

metformina

7 Clavulana 125 mg vo sc P/AS 2 150ml - 50 0,5% 100ml 8/8h S/N

metformina

metformina

8 Ganteng 125 mg vo sc P/AS 2 150ml - 50 0,5% 100ml 8/8h S/N

metformina

metformina

9 Tiazolida regular ev/cu 5-150% conforme expiração

metformina

metformina

10 Coraziva Dérine

metformina

metformina

11 Fisioterapia Respiratória

metformina

metformina

12 ANOTAR DÉBITO E ASPECTO DO DRENOS 1x/dia

metformina

metformina

SSMV+CGGE

metformina

metformina

SINAIS VITais

metformina

metformina

PA 120/74

metformina

metformina

PI 100/60

metformina

metformina

TEMPERATURA 35,8

metformina

metformina

FR 36,2°C

metformina

metformina

EVACUAÇÃO

metformina

metformina

EVACUAÇÃO

metformina

metformina

DORSO

metformina

metformina

Inguinal Retaular

metformina

metformina

HORA

metformina

metformina

CENTRO

metformina

metformina

INÍCIO

metformina

metformina

FINAIS

metformina

metformina



10

EVOLUÇÃO MÉDICA - CIRURGIA

DATA: 01/05/2019	DATA: 24/04/13	DN: VZ/11/51	ÁREA: Bloco B
NOME: <u>Ricardo Nogueira Silveira</u>	IDADE: 67-2	LEITO: Q4-1	
DATA DA CIRURGIA: 24/04/2019	MÉDICO PRINCIPAL:	Dr. <u>Ricardo Nogueira Silveira</u>	
DRAU: <u>Dr. F. A. D.</u>	MÉDICO RESIDENTE:		
Diagnósticos: <u>Tuberculose</u>			
Dispositivos: <u></u>			
SNC: <u></u>	Antimicrobianos: <u></u>	<u></u>	
Sensibilidade: <u></u>	<u></u>	Preguntas: <u></u>	<u></u>
Drauo da Pólio: <u></u>			
Outros: <u>Nefrite, Appendite</u>			
Local: <u>Setor Bem</u>			

{ Imediatamente, ouve sem intercorrências. Diárese. Ínteres e evitação +, descomunal, aceito bem a dieta. Negativo, em, vomito, diarreia.

1.2.1. Cuatro sonidos, formas e olores o clases de reflexiones y destrucción describen la variedad de sistemas que existen.

Exame Físicar BEC (X) RTG () MIG () / Arictérose (X) ou leucito () +4

Hidratado () ou Desidratado (+4) / Cravidade () ou Descomprimido (+4)

Córcade (S) ou H. Pococera (L) - +6 / Recuperação de ~~habitat~~ vegetação.

Ap. Cardiovascular

SEARCH, BCN, sein Superz

i) Outros

Iowa? Quais.

An. Bioclimatologia

() MVB bilateral, ver Bajados Anexo 1

Dr. Oskar M. V. Billekenscheit posen medevies en t. Dr. S. P. L.

ABC

Uma ideia, sem visão, vira um jato, incapaz de voar.

-x t ..

-Sem perfecção peritórica (< 35); Ausência de edemas; Parturímetros livres

Outreach

v. Clementine Strode

50.

PROGRAMAÇÃO:

—

XAMES - DATA _____ / _____ / 19_____

GB	GV	HB	H	P/T
UPC	CR	TGO	TG ^a	ED
B:	BF	FA	GDI	TAP
COGIR:	TPA	GLIC	AVI	LIP

Fatig Agregado Co
tel. 7034-5253
Intend. UFRJ



1) Representante Fábio da Silva
Nº 24
2) 214

3) Ramon de Sá
4) 05/02/2019

Investigação

Região: Tanx Lado Mau

Rua:

- 1) Receptaculo vaginal () Questionário () DNA () vascular
 2) Trauma () Táxi () Exame Físico () Companhia
 3) Outros:

- 1) Receptaculo vaginal () Questionário () DNA () vascular
 2) Trauma () Táxi () Exame Físico () Companhia
 3) Outros:

- 1) Receptaculo vaginal () Questionário () DNA () vascular
 2) Trauma () Táxi () Exame Físico () Companhia
 3) Outros:

- 1) Receptaculo vaginal () Questionário () DNA () vascular
 2) Trauma () Táxi () Exame Físico () Companhia
 3) Outros:

- 1) Receptaculo vaginal () Questionário () DNA () vascular
 2) Trauma () Táxi () Exame Físico () Companhia
 3) Outros:

- 1) Receptaculo vaginal () Questionário () DNA () vascular
 2) Trauma () Táxi () Exame Físico () Companhia
 3) Outros:

- 1) Receptaculo vaginal () Questionário () DNA () vascular
 2) Trauma () Táxi () Exame Físico () Companhia
 3) Outros:

- 1) Receptaculo vaginal () Questionário () DNA () vascular
 2) Trauma () Táxi () Exame Físico () Companhia
 3) Outros:

- 1) Receptaculo vaginal () Questionário () DNA () vascular
 2) Trauma () Táxi () Exame Físico () Companhia
 3) Outros:

- 1) Receptaculo vaginal () Questionário () DNA () vascular
 2) Trauma () Táxi () Exame Físico () Companhia
 3) Outros:

- 1) Receptaculo vaginal () Questionário () DNA () vascular
 2) Trauma () Táxi () Exame Físico () Companhia
 3) Outros:

- 1) Receptaculo vaginal () Questionário () DNA () vascular
 2) Trauma () Táxi () Exame Físico () Companhia
 3) Outros:

- 1) Receptaculo vaginal () Questionário () DNA () vascular
 2) Trauma () Táxi () Exame Físico () Companhia
 3) Outros:

- 1) Receptaculo vaginal () Questionário () DNA () vascular
 2) Trauma () Táxi () Exame Físico () Companhia
 3) Outros:

- 1) Receptaculo vaginal () Questionário () DNA () vascular
 2) Trauma () Táxi () Exame Físico () Companhia
 3) Outros:

- 1) Receptaculo vaginal () Questionário () DNA () vascular
 2) Trauma () Táxi () Exame Físico () Companhia
 3) Outros:

Joao Alves Barbosa Filho
Assessoria
Advogados

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA

ALÉRGIA: NÃO: SIM:

NOME: Raimundo Nonato Ribeiro da Silva

LEITO

SN/ID

DATA: 02/05/19

Diaeto oral livre

SN

HO

Pelitratura I

AVP

Manter

toracopneumotórax

Ipirona 16 EV 6/6h

18-18-24-06

Dr. Fernando André

Plast 10 mg EV 8/8h

18-18-22-06

Atenção

Oncocetor 24mg, EV, & 8h, se ausência de press

SN

06

Trate UC 3mg - SF 0,9% 10C ml 8/8h S/N

SN

Ensejamento

Cetane 20mg 1x/dia

SN

Curca húmido

Copapril 25 mg vo se PAS ≥ 150mmHg LUT ≥ 210mmHg

FR

Alergia

Imuno Regular e/ou GL 10% conforme esquema

SN

Anticatarral

Clav. Diário

SN

Antibacteriana

Histerope

SN

Antidiarreica

ANOTAR DÉBITO E ASPECTO DO DREN 1x/dia

SN

Anticongestiva

SSV+CCSS

SN

Antitussígena

SINAIS VITAIS

DEIXIRO

HCGA

DEIXIRO

INSULINA

RR

<70

Insulina Regular

DEIXIRO

INSULINA

TC

<200

Clorure 30% 10 ml EV

DEIXIRO

INSULINA

TEMPERATURA

221-250

0 UI - SC

DEIXIRO

INSULINA

HR

251-300

02 UI - SC

DEIXIRO

INSULINA

FUZSE

301-350

36 UI - SC

DEIXIRO

INSULINA

EVACUAÇÃO

351-400

68 UI - SC

DEIXIRO

INSULINA

EVACUAÇÃO

>410

32 U - SC

DEIXIRO

INSULINA

Jah: foi administrado an-

tinidico de 1000 mg dia

3,4.

Oralmente



Número da Documentação: 2021020111419001
Data da assinatura: 01/02/2021
Assinante: Projudif - Identificador: PJ5RMU2UCFJ4F03 9G9M0

Nome: BRUNO DANILO NOBRE DIBERIO

CPF: 065.119



Lei nº 11.419/2006

Validação deste documento é feita em https://projudi.tjrs.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ5RMU2UCFJ4F03 9G9M0

Localização:

Assinado Torax

Região:

Estado:

JDF - RJ

Município:

Ribeirão das Neves

UF:

RJ

CEP:

26300-000

Logradouro:

Av. Presidente Vargas

Nº:

1000

Bairro:

Centro

Cidade:

Ribeirão das Neves

UF:

RJ

CEP:

26300-000

Logradouro:

Av. Presidente Vargas

Nº:

1000

Bairro:

Centro

Profissão: Advogado

Nome: Bruno D. Nobre Dibério

Outros:

Brasil

Outros:

Brasil

Outros:

Brasil

Outros:

Brasil

Outros:

Brasil

Profissão: Advogado

Nome: Bruno D. Nobre Dibério

Outros:

Brasil

Outros:

Brasil

Outros:

Brasil

Outros:

Brasil

Outros:

Brasil

Profissão: Advogado

Nome: Bruno D. Nobre Dibério

Outros:

Brasil

Outros:

Brasil

Outros:

Brasil

Outros:

Brasil

Outros:

Brasil

Profissão: Advogado

Nome: Bruno D. Nobre Dibério

Outros:

Brasil

Outros:

Brasil

Outros:

Brasil

Outros:

Brasil

Outros:

Brasil

Profissão: Advogado

Nome: Bruno D. Nobre Dibério

Outros:

Brasil

Outros:

Brasil

Outros:

Brasil

Outros:

Brasil

Outros:

Brasil

Profissão: Advogado

Nome: Bruno D. Nobre Dibério

Outros:

Brasil

Outros:

Brasil

Outros:

Brasil

Outros:

Brasil

Outros:

Brasil

Profissão: Advogado

Nome: Bruno D. Nobre Dibério

Outros:

Brasil

Outros:

Brasil

Outros:

Brasil

Outros:

Brasil

Outros:

Brasil



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Evolução de Fisioterapia

DATA EVOLUÇÃO
02/02/2021 Paciente fumante, Novato. Bibeira da Silveira, sexo
masculino, 67 anos, DNI - 2.2/04/19, Pupilas irregulares, tons
uxígeas de dor em cima do tórax oscilantes, não borbulhantes,
com sopro sanguinolento com dureza de 150 mmHg, AVP
em 1000 mL, pressão cardíaca, monitorizada, pressão arterial A.A.,
respiração em crise, tosse sanguinolenta, exsudabilidade e
urgidez diminuída em Hx&P, sem desconforto respiratório,
sem tosse, AP - MV diminuída em Hx&P em base na PA.
Normotensiva, Novataficação, ADM resistente ao nitro. Força
respiratória preservada, não pôde-se devido à sua pressão de
expiração longa com intensidade.). Conduita fisioterapêutica:
Exercícios de expansão pulmonar. Além das inspirações
profundas, exercícios de uso da boca como expiração com fechado
suspensão em sono. SSVV basal - T = 37°C, FC = 80 bpm FR = 24 pm
PA = 12/8 SSVV basal = T = 37°C, FC = 90 bpm FR = 26 pm PA = 12/9
Academata: Uso Vene RA 34462. ADL

Ananda Carla Oliveira Rodrigues
Fisioterapeuta
CREDITO 12/263302-F



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVÍCIO INTEGRADO DE CIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA

ALÉRGIA: NÃO: SIM:

CIRURGIA GERAL.

NOME: Raimundo Nonato Ribeiro da Silva

LETO: 214-1

DATA: 03/05/19

POLÍTRAMA +

HIPOPNEUMÓTAX
Dr. Fernando André

2 AVP

SAN

HD

- 1 Ciprofex 1G EV 6/0h S/N
2 Dieteta oral livre + suco de laranja 1x200ml 1x200ml
3 Água 1L 1x200ml 1x200ml
4 Plasti 10 mg EV 8/8h S/N
5 Ondasetrona 4mg EV 8/8h se ausência de Plastil
6 Imanz 1000mg + 5% GDM 8/8h S/N
7 Cetoste 400mg 1x200ml (fazer gelo local antes e depois)
8 Clambut 75 mcg vo sc 3x3 > 162mmHg F/TOVAD > 140mmHg
9 Insulina Regular 40iu GH 50% conforme esquema
10 Curativo Diártico 4x20cm x 20cm para 20cm x 30cm
11 Fisioterapia Respiratória

- 12 ANOTAR DIFUSO E ASPECTO DO DIFUNDO 1x/6h Existe edema periorbitário
SSW+CGG+

SINAIS VITais

PEXTO

IR

RE

HO

IR



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

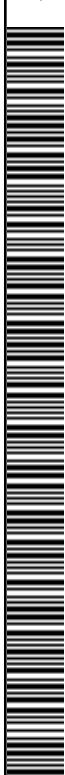


EVOLUÇÃO DE FISIOTERAPIA

DATA

05/02/2021 EVOLUÇÃO
Alendiamos ao paciente Francisco Henrique Ribeiro da
Silva, sexo masculino, n.º civil DTR-27/04/2008, em
P.R. B pelo motivo, com dano da bacia em fase avançada de
H.T.D, com risco de perda permanente de
função devido devido a lesões graves - sangramento, dor
extrema e não controlada, espasmos, contracturas,
mialgias, náuseas, dispneia, respiração A.A., podendo ser provocada
mialgias, estreñimento, A.A., em fase, permanente altera-
ção em H.T.D e unidade em H.T.D AP-ADV. e em
fase I, fase avançada de H.T.D e ausente em fase de H.T.D.
Assim como, movimentos rítmicos. Atualmente assistiu em Hemocampol
fazendo exercícios preservados, realizando exercícios em Hemocampol
com auxílio fisioterapeuta. Exercícios de respiração pulmonar
além de exercícios musculares e inspiratória fazendo
em tempos intercalados com mobilização fisiológica de
músculos Serrais e abdômen H.T.D FC-90 bpm FR-32 bpm 1:3:3:4
SSVV final - PA-141/tob FC-92 bpm FR-36 bpm Arterial 140/
Venen RA-34460

Ananda Cordeiro Oliveira Rodrigues
Fisioterapeuta
CREDITO 12/263302-P





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA

ATESTADO MÉDICO

Aesteu para os devidos fins, que a Sr. RAIMUNDO Nonato Ribeiro da Silva deu entrada no dia 27/04/2019 no serviço de cirurgia geral do Hospital Geral de Roraima e recebe alta hoje dia 04/05/2019 pelo serviço da Cirurgia Geral do HGR, devendo ficar afastado de suas atividades laborais por 30 (trinta) dias.

ÁREA DE AUTENTICAÇÃO - DPMAT
CONTENDO NÃO VERIFICADO

06 SET 2019

GENTE SEGUROADORA S/A
Av. Presidente Dutra, 661 - Centro - RR - 69010-000

ÁREA DE AUTENTICAÇÃO - DPMAT
CONTENDO NÃO VERIFICADO

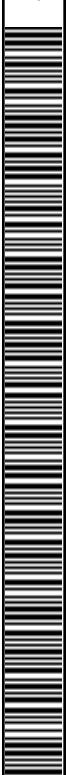
10 SET 2019

GENTE SEGUROADORA S/A
Av. Lenda das Amazônicas, 661 - Centro - RR - 69010-000

Dr. Jorge Henrique Póvoa
Médico Residente
Sesmed - HGR
Assessor

Médico

Boa Vista-RR, 4 de maio de 2019.





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA
RESUMO DE ALTA HOSPITALAR

NOME: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA
DATA DA INTERRAÇÃO: 27/04/2019
DATA DA ALTA: 04/05/2019
CIRURGIA: ORENO DE TORAX A DIREITA
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: DR FERNANDO ANDRÉ

ÁREA DE SINISTROS - DEPART CONTROLE NÃO VERIFICADO
05 SET 2019
GENTE SEGUROADORA S/A Av. Presidente Dutra, 40 - Boa Vista - RR

DIAGNÓSTICO:

Trauma torácico - Hemoperitoneo Direita - fratura da clavícula D-fratura de arcos

TRATAMENTO:

Toracotomia com seco d'água + suporte clínico durante.

EVOLUÇÃO:

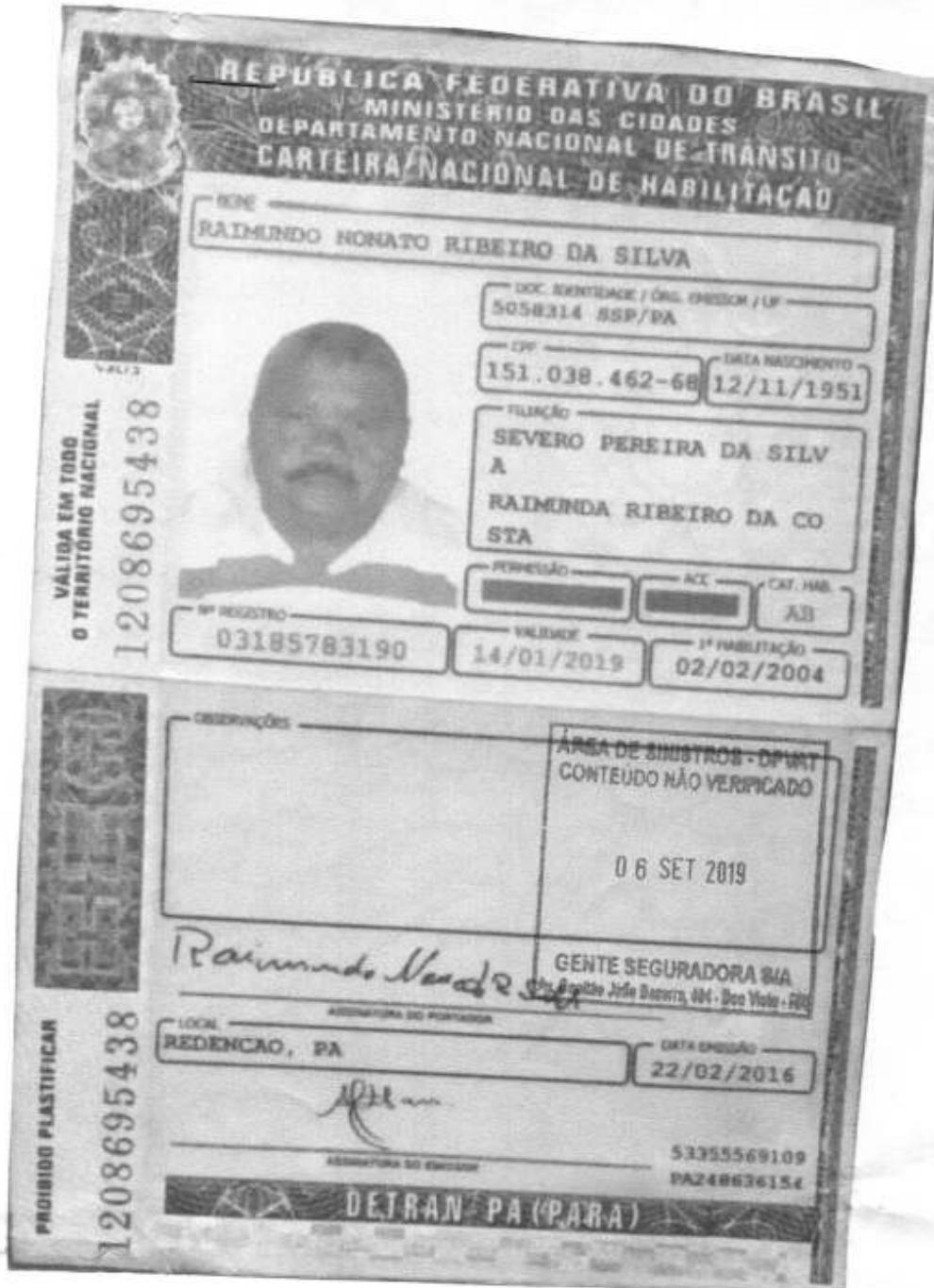
Evolução sem intercorrências, queixando de dor em clavícula e em costela, aceitando bem dia-a-baixa desse fato.

ORIENTAÇÃO:

- 1- Retornar ao pronto socorro se intercorrências (por exemplo: falta de ar, febre, dor forte, vômitos, diarreia)
- 2- Dieta liberalizada (alimentação normal)
- 3- Lavar a ferida operatória (cortes) com água e sabão/soaponete e manter limpa e seca.
- 4- Retirar os pontos com 10 dias no posto de saúde.

ÁREA DE SINISTROS - DEPART CONTROLE NÃO VERIFICADO
10 SET 2019
GENTE SEGUROADORA S/A Av. Presidente Dutra, 40 - Boa Vista - RR

Dr. Júlio P. Pontes Freitas
Medicina da Família
Boa Vista-RR, 4 de maio de 2019



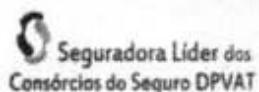


~~ÁREA DE DISTRIBUIÇÃO
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO~~

06 SET 2019

10 SET 2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0313160/19

Vítima: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

CPF: 151.038.462-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/04/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Titular do CPF: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Comprovação de registro de acidente declarado
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médica-hospitalar
- Documentos de identificação
- DUT
- Outros

DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

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

RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA : 151.038.462-68

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/09/2019
Nome: DENILZE CORREA DANTAS
CPF: 792.657.152-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

DENILZE CORREA DANTAS

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190681235

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

Data do acidente: 27/04/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA E ARCOS COSTAIS DIREITOS.

Descrição do exame APRESENTA CICATRIZ DA DRENAGEM EM FACE LATERAL DO TÓRAX, CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM CLAVÍCULA
físico: DIREITA E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO E ELEVAÇÃO DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DA CLAVÍCULA E ARCOS COSTAIS DIREITOS, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CLÍNICO PARA A FRATURA DA CLAVÍCULA, DRENAGEM TORÁCICA E TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/01/2020

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECEU DEFICIÊNCIA NO OMBRO DIREITO EM GRAU MODERADO.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190681235 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA **Data do acidente:** 27/04/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO TORÁCICO (HEMOPNEUMOTÓRAX À DIREITA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DRENAGEM). P.4
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: % SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190681235 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA **Data do acidente:** 27/04/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO TORÁCICO (HEMOPNEUMOTÓRAX À DIREITA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DRENAGEM). P.4
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: % SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00

PROCURAÇÃO

OUTORANTE:

NOME: Raimundo Nonato Ribeiro da Silva
NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: VIUVO
PROFISSÃO: Lider RG: 505831-4 SSP/PA
CPF: 151.038.462-68
ENDERECO: R- Edmílson José Costa, 738 B: Equatorial
VÍTIMA: Raimundo Nonato Ribeiro da Silva
CPF: 151.038.462-68 DATA DO ACIDENTE: 27/10/119.
NATUREZA: DAMS INVALIDEZ MORTE

OUTORADA:

Nome: DENILZE CORREA DANTAS
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA.
Profissão: EMPRESÁRIA Identidade: 3142655 SSP/RRCPF: 792.657.152-00
Endereço: AV GENERAL ATAIDE TEIVE Nº 2748 BAIRRO: LIBERDADE



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 Lider, 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 - de 05 Julho de 2019.



Raimundo Nonato Ribeiro da Silva
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0313160/19

Vítima: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

CPF: 151.038.462-68

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 27/04/2019

Titular do CPF: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

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

RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA : 151.038.462-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/09/2019
Nome: DENILZE CORREA DANTAS
CPF: 792.657.152-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

DENILZE CORREA DANTAS

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190681235

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

Data do acidente: 27/04/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA E ARCOS COSTAIS DIREITOS.

Descrição do exame APRESENTA CICATRIZ DA DRENAGEM EM FACE LATERAL DO TÓRAX, CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM CLAVÍCULA
físico: DIREITA E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO E ELEVAÇÃO DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DA CLAVÍCULA E ARCOS COSTAIS DIREITOS, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CLÍNICO PARA A FRATURA DA CLAVÍCULA, DRENAGEM TORÁCICA E TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/01/2020

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECEU DEFICIÊNCIA NO OMBRO DIREITO EM GRAU MODERADO.

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



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do sinistro:	3190681235
Nome do(a) Examinado(a):	RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA
Endereço do(a) Examinado(a):	RUA EDMILSON JOSÉ DA COSTA 738 EQUATORIAL
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	151.038.462-68
Data e local do acidente:	27/04/2019 BOA VISTA - RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 06/01/2020

Resultado da Avaliação Médica

I) Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

VITIMA DE COLISÃO MOTO/ANIMAL COM FRATURA DE CLAVICULA D + COSTELAS D

II) Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FRATURA DA CLAVÍCULA + DRENAGEM TORÁCICA; FEZ FISIOTERAPIA E ALTA EM

III) Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

OMBRO D: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM CLAVICULA D COM LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DE ABDUÇÃO/ELEVAÇÃO

TÓRAX D: PRESENÇA DE CICATRIZ DE DRENAGEM EM FACE LATERAL D, SEM ALTERAÇÃO ANATOMO FUNCIONAL LOCAL

IV) Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) SIM () NÃO

V) Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

(X) SIM () NÃO

VI) Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente.

OMBRO D: ALTERAÇÃO ANATOMO FUNCIONAL MODERADA

VII) Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias.

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de transito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): OMBRO DIREITO

% do dano: () 10% residual () 25% leve (X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo



Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII) .* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO - Registro no CRM: 1032 - RR

