



Abhner Santos  
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO ADJUDICIA

Eu, Antonia Oliveira Vieira PROFISSÃO: Assist. administrativa  
ESTADO CIVIL: Solteira, FONE: 99138-0130,  
E-MAIL: antonia.oliveira@hotmail.com RG: 202789  
SSP- RR e CPF: 522.234.852-00, RESIDENTE À  
RUA: Taiana N° 370,  
BAIRRO: Airtón Rocha pelo presente instrumento procuratório,  
nomeia e constitui, como seu procurador, **ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RR sob o nº. 1018-N, com escritório localizado na Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, situado no Município de Boa Vista/RR, a quem confere amplos poderes para o foro em geral com cláusula *ad judicia*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, exceto receber citação, junto a quaisquer repartições do Poder Público, realizar levantamento de Alvarás Judiciais, podendo ainda substabelecer esta procuração para outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 201 \_\_\_\_.

+ Antonia Oliveira Vieira

Outorgante

Endereço: Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, CEP nº. 69.304-010, Boa Vista/RR

Telefones: (95) 3224-7002 | (95) 99173-4223 | (95) 98406-9617

E-mail: [adv.abhner@hotmail.com](mailto:adv.abhner@hotmail.com) Website: <http://www.abhneradvcon.com.br>

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

OUTORGANTE: Antonia Oliveira Vieira  
ESTADO CIVIL: Solteira PROFISSÃO: Assist. Administrativo  
RG N° 202789 SSP/RR CPF: 522.234.852-00  
ENDEREÇO: Rua Taiana N° 370 Bairro: Jardim Rodha

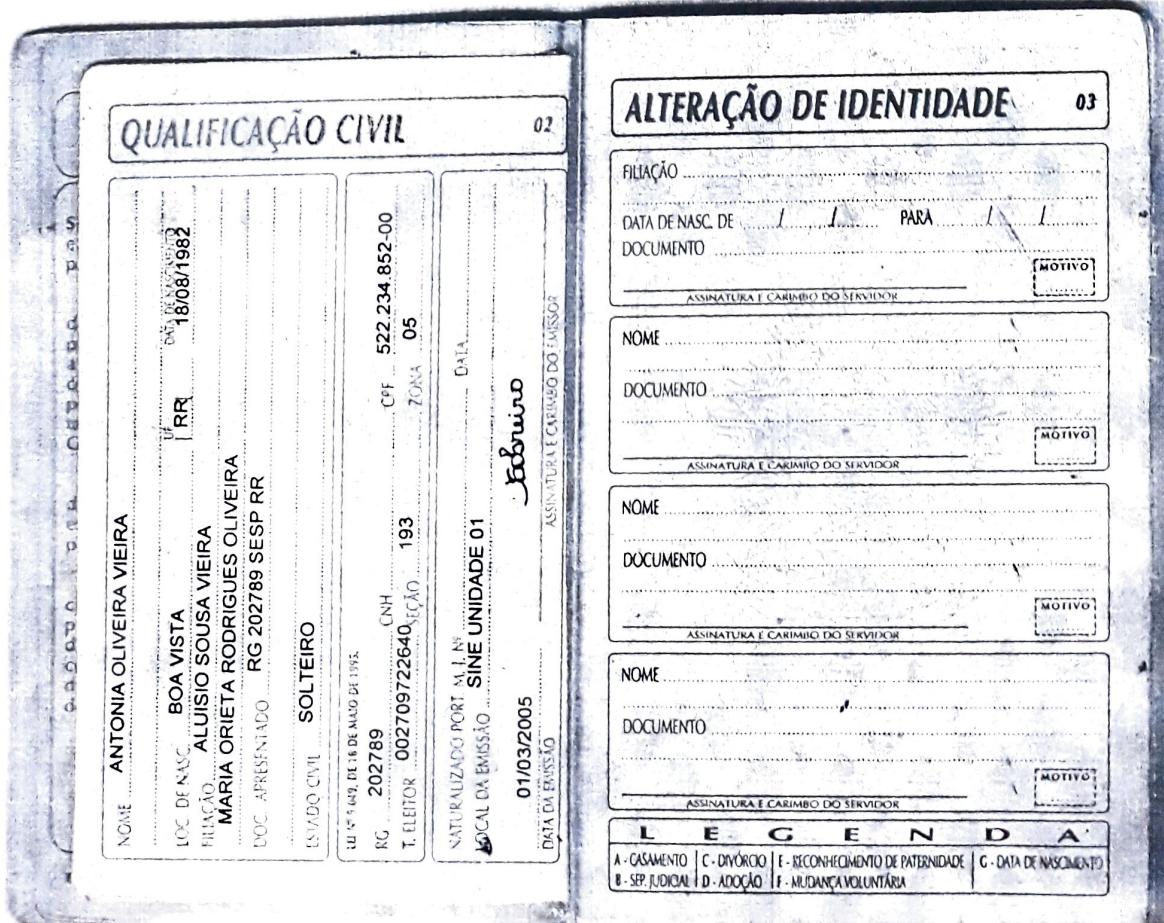
declaro, para os devidos fins, que não possuo condições de arcar com as despesas processuais da presente ação, sob o risco de comprometimento de meu sustento e de minha família, sendo considerado **hipossuficiente** na forma da Lei, pleiteando, portanto, **direito à Justiça Gratuita**.

Boa Vista/RR, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 201 \_\_\_\_.

Antonia Oliveira Vieira



18 OUT. 2018



04 DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR

GRUPO SANGUÍNEO FATOR RH	DIABETE	HEMOFILIA
.....	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
ALERGIAS	.....	
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	.....	
DOADOR DE ÓRGÃOS (Decreto nº 879, de 12 de Julho de 1993)		
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	.....	

CARTEIRAS ANTERIORES

NUMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
.....	.....	.....	.....
DATA DA ANTECESSORA			
ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR			

NUMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
.....	.....	.....	.....
DATA DA ANTECESSORA			
ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR			

NUMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
.....	.....	.....	.....
DATA DA ANTECESSORA			
ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR			

NUMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
.....	.....	.....	.....
DATA DA ANTECESSORA			
ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR			

05 REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS

NOME DO TITULAR .....			
REGISTRADO EM .....	.....	.....	.....
FLS.	.....	PROC. N°	.....
PROFISSÃO	.....		
FUNÇÃO	.....		
LEGISLAÇÃO	.....		
LOCAL	DATA	.....	
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR			

REGISTRADO EM .....	.....	.....	.....
FLS.	.....	PROC. N°	.....
PROFISSÃO	.....		
FUNÇÃO	.....		
LEGISLAÇÃO	.....		
LOCAL	DATA	.....	
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR			

REGISTRADO EM .....	.....	.....	.....
FLS.	.....	PROC. N°	.....
PROFISSÃO	.....		
FUNÇÃO	.....		
LEGISLAÇÃO	.....		
LOCAL	DATA	.....	
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR			

**CAE**  
CNPJ: 05.539.427/0001-15  
INSERÇÃO ESTADUAL: 20.056.426-3  
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP: 69.300-610

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

**Matrícula: 1144073 Maio/2018**

**Dados do Cliente:**  
ANTONIA OLIVEIRA VIEIRA

**Endereço para entrega:**  
RUA TAIANO, NÚM. 21078 - DR AIRTON ROCHA  
BKA VISTA RR 69318-702

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
201.036.350.0246.000	7	440	1
Hidrômetro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
Y15G025199	13/10/2015	LIGADO	POTENCIAL
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM DE DIAS
LEITURA FAT.	174	175	1
LEITURA INF.			29
DT. LEITURA	06/04/2018	05/05/2018	

**ULTIMOS CONSUMOS**

	DATA	VALOR	TIPO	VALOR	VALOR
201604	11-3				
201603	4-0				
201602	1-0				
201601	4-0				
201712	5-0				
201711	7-0				
<b>MEDIA</b>	<b>5</b>				

**DESCRICAO** **CONSUMO** **TOTAL(R\$)**

**AGUA**

**RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)**

**CONSUMO DE AGUA** **1 MB** **23,83**

**VENCIMENTO:** **15/06/2018** **TOTAL A PAGAR** **23,83**

DECLARAMOS QUITADOS DIBITOS DESSA MATRÍCULA NO ANO DE 2017  
LEI 12007/09. ACESSE [WWW.CAER.COM.BR](http://WWW.CAER.COM.BR) E IMPRIMA O EXTRATO  
EM NOSSA LOJA VIRTUAL.

**CAE**

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
1144073	35/2018	15-06-2018	23,83

82670000000-1 23830004001-7 00114407301-0 05201890003-6



18 OUT. 2018



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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

### INFORMAÇÕES 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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu Flávio Inácio de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 383.053.512-04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antônio Oliveira Vieira Inscrito (a) no CPF sob o Nº 522.234.852-00 do sinistro de DPVAT cobertura Invalides da Vítima Antônio Oliveira Vieira inscrito (a) no CPF sob o Nº 522.234.852-00 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
<u>Rua. Antônio Rinhoso Griebáu</u>		<u>1837</u>	
<u>Buritis</u>	<u>Boa Vista</u>	<u>RR</u>	<u>69.309-209</u>
<u>ilovisr@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	<u>(95) 98125-9538</u>

Boa Vista, 18 de Outubro de 2018  
Local e Data

Assinatura do Declarante

**DOCUMENTO  
ORIGINAL  
18 OUT. 2018**

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Antônia Oliveira Nílvia	
NACIONALIDADE:	Brasileira	
PROFISSÃO:	Assistente Administrativo	
IDENTIDADE:	202788	SSP - RR
ENDEREÇO:	Rua Juano, N° 507, Dr. Antônio Ribeiro	

OUTORGADO

NOME:	Gloria Frániis de Souza	
NACIONALIDADE:	Brasileiro	
PROFISSÃO:	Autônomo	
IDENTIDADE:	114.807	SSP - RR
ENDEREÇO:	R. Antônio Ribeiro Galvão, N° 1832, Benfica	

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

DOCUMENTO  
ORIGINAL  
18 OUT. 2018

BOA VISTA 12/06/2018

LOCAL E DATA

Antônia Oliveira Nílvia

ASSINATURA DO OUTORGANTE



(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

10076  
Tatá Oliveira de Aquino  
Escrevente Autorizada



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 024475/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro 12/06/2018 10:19 Data/Hora Fim 12/06/2018 10:43  
Origem Pessoa Física - Particular Data 12/06/2018  
Delegado de Polícia Wulpslander Trajano Junior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto Delegacia de Acidentes de Trânsito  
Data/Hora do Fato 14/05/2018 13:30

Local do Fato

Município Boa Vista (RR)  
Logradouro Rio Amazonas

Bairro Bela Vista

Tipo do Local Via Pública

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

EN VOLVIDO(S)

**Nome: FRANCISCO DE ASSIS NASCIMENTO JUNIOR (EN VOLVIDO)**

Nacionalidade Brasileira

Endereço

Município Boa Vista - RR  
Logradouro rua no amazonas Nº 656  
Barro bela vista  
Telefone (95) 99158-8820 (Celular)

**Nome: ANTONIA OLIVEIRA VIEIRA (VÍTIMA , COMUNICANTE )**

Nacionalidade Brasileira Naturalidade RR - Boa Vista Sexo Feminino Nasc 18/08/1982  
Profissão Assistente Administrativo  
Estado Civil Solteiro(a)  
Raça/Cor Parda  
Nome da Mãe Maria Orieta Rodrigues Oliveira

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas 522 234 852-00

Endereço

Município Boa Vista - RR  
Logradouro rua taiano Nº 370  
Barro airton rocha  
Telefone (95) 99138-0430 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa NBA5830	Número do Chassi 08138
Ano/Modelo Fabricação 2010/2009	Cor VERMELHA





<b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b> <b>MINISTÉRIO DAS CIDADES</b>			
<b>DETAN - RR</b> <b>Nº 012735869417</b> <b>CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO</b>			
VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
01	00178519723		2017
<b>ANTONIA OLIVEIRA VIEIRA</b>			
CPF / CNPJ	PLACA	<b>RR</b>	
522.234.852-00	NBA5830		
PLACA ANT./UF	CHASSI		
	9C2JC4120AR008138		
ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL		
PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC.	GASOLINA		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA/CG 125 FAN ES	2009	2010	
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P/0124CC/	PARTICU	VERMELHA	
I P V A	COTA ÚNICA *PAGO*	VENC. COTA ÚNICA *PAGO*	VENC / COTAS 1º ***** 2º ***** 3º *****
FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS		
<b>** PAGO COTA UNICA **</b>			
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
	R\$0,7	R\$185,5	25/09/2017
<b>OBSERVAÇÕES</b>			
<b>AL.FID. BANCO PANAMERICANO SA * BEN.TRIB UTARTO * FERTE SAÍDA AMZ OCIO *</b>			
<i>Antonio Francisco Beserra Marques</i> <i>Presidente</i> <i>DETAN-RR</i> <i>Interno</i>		<b>DATA</b> <b>26/09/2017</b>	<b>EXPEDIDOR</b>
<b>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</b> <b>CNPJ 09.248.608/0001-04</b> <b>www.seguradoralider.com.br</b>			
<b>SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VÍA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT</b>			
<b>RR Nº 012735869417 BILHETE DE SEGURO DPVAT</b>			
<b>2017</b>			
<b>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT 522.234.852-00 INFORMAÇÕES, LEIA AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.dpvatsegurodotransito.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204</b>			
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	EXERCÍCIO
01	522.234.852-00	NBA5830	2017
RENAVAM	MARCA / MODELO	HONDA/CG 125 FAN ES	DATA EMISSÃO
00178519723	ANO FAB.	2009	26/09/2017
CAT. TARIF.	CAT. TARIF.	9C2JC4120AR008138	Nº CHASSI
<b>PRÉMIO TARIFÁRIO</b>			
FNS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
R\$81,29	R\$9,03	R\$90,33	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)	
R\$4,15	R\$0,7	R\$185,5	
<b>PAGAMENTO</b>		<b>DATA DE QUITAÇÃO</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> COTA UNICA		<input type="checkbox"/> PARCELADO	
		<b>25/09/2017</b>	



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221704 ou 0800 7717171 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

#### É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

522.234.852-00

Nome completo da vítima

Antônia Oliveira Vieira

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Antônia Oliveira Vieira	CPF titular da conta	522.234.852-00	Profissão	Administradora	
Endereço	Rua Taiano	Número	3070	Complemento		
Bairro	Dr. Antônio Rocha	Cidade	Boa Vista	Estado	Roraima	
Email	ilivirr@holmail.com				CEP	69.355-702
					Telefone (DDD)	(95) 9454-4252

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

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
8296	1	23616	0
(Informar dígito se existir)			

#### CONTA CORRENTE (todos os bancos)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)			

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

Boa Vista, 18 de Outubro de 2018  
Local e Data

DOCUMENTO  
ORIGINAL  
18 OUT 2018

Antônia Oliveira Vieira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

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

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

*Antônia Oliveira Almeida*

CPF da Vítima

*522.234.452-00*

Data do Acidente

*14-05-2018*

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

*Boa Vista, 18 de Outubro de 2018*

Local e Data

*DOCUMENTO  
ORIGINAL  
18 OUT. 2018*

*Antônia Oliveira Almeida*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Email - ILOIR INACIO - Outlook | Proveo DPVAT | Busca avançada | Seguradora Lider-DPVAT | Acessar | +

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

Documentos Despesas Médicas  
Documentos Invalidez Permanente  
Documentos Morte  
Dicas Indispensáveis

Pague seu emissão do parecer final e de 30 dias a contar da data de emissão da documentação completa.

## SINISTRO 3180496641 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** ANTONIA OLIVEIRA VIEIRA  
**COBERTURA** Invalidez  
**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** COELHO NETO - CONSULTORIA, ASSESSORIA E CORRETAGEM DE SEGUROS S/S LTDA. - ME FILIAL/RR  
**BENEFICIÁRIO** ANTONIA OLIVEIRA VIEIRA  
**CPF/CNPJ:** 52223485200

**Posição em 12-02-2019 17:38:41**  
Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
01/11/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

PT 17:38 12/02/2019

**Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT**  
Tel 21 3861-4600 [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
R. Senador Dantas 74, 5º andar  
Centro Rio de Janeiro CEP 20031-205



**Seguradora Líder · DPVAT**

**ANEXO 1**

**TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE**

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfincteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais 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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



## Cálculo de Atualização Monetária

### Dados básicos informados para cálculo

**Descrição do cálculo****Valor Nominal**

R\$ 5.062,50

**Indexador e metodologia de cálculo**

IPCA-E (IBGE) - Calculado pro-rata die.

**Período da correção**

14/5/2018 a 1/2/2019

**Taxa de juros (%)**

1 % a.m. compostos

**Período dos juros**

14/5/2018 a 20/2/2019

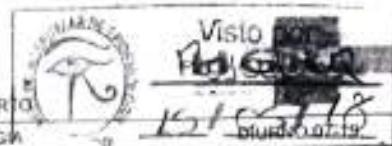
### Dados calculados

<b>Fator de correção do período</b>	263 dias	1,029945
<b>Percentual correspondente</b>	263 dias	2,994480 %
<b>Valor corrigido para 1/2/2019</b>	(=)	R\$ 5.214,10
<b>Juros(282 dias-9,80470%)</b>	(+)	R\$ 511,23
<b>Sub Total</b>	(=)	R\$ 5.725,33
<b>Valor total</b>	(=)	<b>R\$ 5.725,33</b>

[Retornar](#) [Imprimir](#)

14/05/2018

Guia de Abordamento 02



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSF  
AV. BIRIGUÁDEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPÔRTO

800950450		14/05/2018 14:26:50	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		15/05/2018		32
Paciente			Data Nascimento		Idade	CNS	CPF	Prontuário	
ANTONIA OLIVEIRA VIEIRA			18/08/1982		35 A 8 M 27 D				
Tipo Doc.		Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Nacionalidade	
IDENTIDADE					M		PARDA	BRASILEIRA	
Mãe						Paiz		Contato	
								(95) 99138-0430	
Endereço									Ocupação
RUA - S-21 - 847 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR									
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade	Autorização		Sis Prenatal
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência	Temp.	Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA							
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Registrado por:			
GRANDE TRAUMA		SAMU CAPITAL				ELENILDA SILVA			
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							

## Anamnese de Enfermagem

GSC TOTAL  
40-1234 40-12345 M00-123456

## Exame Físico

political science &  
prof. for tourism + green y.

### Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

<input type="checkbox"/> RAIO-X	<input type="checkbox"/> ULTRA-SON	<input type="checkbox"/> UTC	<input type="checkbox"/> SANGUE	<input type="checkbox"/> URINA	<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> OUTROS:
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO		OBSERVAÇ
<i>2-7 numero 3.0 - 51</i>				<i>10/10/2018</i>		<i>Aut</i>
<b>DOCUMENTO</b> <b>ORIGINAL</b> <i>18 OUT. 2018</i>				<i>X</i>		

### Conduita

- Alta por Decisão Médica
- Alta a Pedido
- Alta a Revelia
- Transferência para...

- Ambulatório
- Observação (Até 24h)
- Internação

681

Antes do 1º Atendimento?  Sim  Não Destino:  Família  Amigo  Colégio  Igreja  Outro:  Amigo

1384 Anatomic Relationships

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: elenilde.alive  
Data/Hora: 14/05/2018 14:27:35







414.2

**SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA**  
**SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

**HGR**

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	Afonso Viana 28 V-120		
DIAGNÓSTICO	Fratura de Talus a C		
ALERGIAS	Sim	HAS	DM2
IDADE	26	LEITO	DATA 14/02/18
ITEM	PRESCRIÇÃO		
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H SUSPENSO		
4	TILATIL 20MG EV 12/12H		
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H 200C 12/12H - 200C 12H 18		
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N		
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		
10	SSVV + CCGG 6/6 H		
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG		
14	CURATIVO DIARIO		
15			
16			
17			
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		
19			
20			
EVOLUÇÃO MÉDICA:			

*Welder Strores  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
18/02/2018*

DOCUMENTO  
ORIGINAL  
18 OUT. 2018

SINAIS VITAIS	PA	FC	TAX
6 H	116x74	71	32.8°C
12 H			
18 H			
24 H	127x123	58	36.7°C

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

444-444-2

**SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA**  
**SÉRVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**  
**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE		
DIAGNÓSTICO		
ALERGIAS	HAS	DM2
IDADE	LEITO	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	S/N
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	MANTER
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	16-22
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	12-16-20-24
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N	S/N
9	SIMETICONA 60 AS 400MG VO DE 8/8 h (S/N)	S/N
10	SSVV + CCGG 1/6 H	ROTINA
12	CAPTOPRIL 25M V/S E/OU PAD > 110 MMHG	S/N
14	CURATIVO DIARIO	ROTINA
15		
16		
17		
18	<b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),</b>	
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;	
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

DOCUMENTO  
ORIGINAL  
18 VIII. 2018

Regulado  
para leito  
444-2  
Regulação Interna

15/01/2018  
SSVV-160  
PA: 118x77  
FC: 76  
T: 35,3

SINAIS VITAIS	T	P	R	OXIGENO
6 H				
12 H	36.1	121x56	100	100%
18 H				
24 H	36.2	77	86	

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

06h. Revisão médica d. Dr.º  
Dr.º Pedro Henrique de Nascimento. Agm.  
Téc. em Enfermagem  
COREN-RR/081.713 - TE

414  
2

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PREScrição MÉDICA					
INTERNO DE RORAIMA	DATA DE ADMISSÃO	15/05/2018	DIH	DN	18/08/1982
PACIENTE	ANTONIA OLIVEIRA VIEIRA				
AGNÓSTICO	FRATURA DE TALUS DIREITO				
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	35 ANOS	LEITO	414-2	DATA	16/05/2018
ITEM	PREScrição			HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE			10h	
2	AVP			11h	
5	TRAMADOL 100MG EV OU 40 GTS VO B/B H			12h	
6	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H			12h	
7	TILATIL 40 MG EV 1X DIA			12h	
8	RANITIDINA 50 MG EV DE 12/12 HORAS			12h	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			12h	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			12h	
11	SSVV + CCGG 6/6 H			22h	
12	CURATIVO DIÁRIO			11h	
<b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; $\geq$ 400: 10 UI E OU GLICOSE $\leq$ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

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

# SOLICITADO:

# CONDUTA:

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

# PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VÍ	PA	FC	FR	
6 H	100/60	90	52 bpm	36 °C
112 H	120/70	93	18	36,2
18 H	130/80	81	19	36,1
24 H	130/80	89	59 bpm	36,2°C

Dr. Thiago Muniz  
CRM/RR 2009  
Médico Residente de Ortopedia e  
Traumatologia

11h Reticulada colhida para exame  
abiotrófico. Medicas de feridas  
e aplico SSVV. *Suzana Maria M. de Menezes  
Tec. Enfermagem  
COREN/RR 081.713 - TE*

DOCUMENTO  
ORIGINAL  
18 OUT. 2018

13h-19h administrado medicas verificadas  
vitais, obs: nas pés foi administrado medicamento  
de 100mg de ranitidina. não teve reação - AE man  
+ ADM conforme prescrição aferido SSVV  
Realizado tubo de AVP, feito *Tec Sarah*  
*Sarah Menezes Catarino*  
*COREN/RR 081.566-47*

414

2

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

DATA DE ADMISSÃO	15/05/2018	DIH		DN	18/05/1982
PACIENTE	ANTONIA OLIVEIRA VIEIRA				
AGNOSTICO	FRATURA DE TALUS DIREITO				
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	35 ANOS	LEITO	414-2	DATA	17/05/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5/11
2	AVP				11/11/10
5	TRAMADOL 100MG EV OU 40 GTS VO 8/8 H SN				11
6	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SE DOR				10/10
7	TILATIL 40 MG EV 1X DIA				10/10
8	RANITIDINA 50 MG EV DE 12/12 HORAS				18/10
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H, S/N				10/10
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				10/10
11	SSVV + CCGG 6/6 H				10/10
12	CURATIVO DIÁRIO				10/10
<b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/MIL, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

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

# SOLICITADO:

# CONDUTA:

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

# PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VÍ	PA	FC	FR	T
6 H	110/70	—	—	—
12 H	100/70	—	—	36.2
18 H	120/80	97	34	36.2
24 H	110/70	—	—	—

Dr. Thiago Muniz  
CRM/RR 2009  
Médico Residente de Ortopedia e  
Traumatologia

33 as 19hs, no leito,  
Adm medicina  
e Alívio do Dolor  
metas.

DR. THIAGO MUNIZ  
CRM/RR 2009  
MÉDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Coleta de Exames-HGR  
DATA 18 / 05 / 18  
HORA 05:20  
Nº 100 Colite

18 OUT. 2018

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: DIH: DN:

PACIENTE: *antônio lopes*

DIAGNÓSTICO:

ALÉRGIAS: HAS: DM2:

IDADE: LEITO: DATA: 18/05

ITEM	PREScrição	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	
3	CEFAZOLINA 1G EV 6/6H	12-18
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	12-18
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	12-18
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 3^ CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	12-18
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	
10	SSVV + CCGG 6/6 H	12-18
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 mmHg OU PAD> 110 MMHG	12-18
14	CURATIVO DIÁRIO	
15	<i>Colostomia 25 (0) 12/12h</i>	12-18
16	<i>Sefam 1000 240-100 4 dia</i>	
17	<i>Sintetan dojet 100 20 2/8h</i>	12-18
18	SE OFÍTICO CORRÉGÃO COM INSULINA REGULAR (SC).	
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2 UI; 251-300: 4 UI; 301-350: 6 UI;	
20	351-400: 8 UI; ≥ 400: 10 UI E OU G I: OSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 MIL EV + AVISAR PLANTONIST	

EVOLUÇÃO MÉDICA: *anamnese suspeita de infarto cerebral*

*Dr. Ederson, P. Silveira  
Traumatologista e Ortopedista  
CRM: 1733*

SINAIS VITAIS				
6 H	130/90	92	26	
12 H	130/100	90	36 6	
18 H	120/80	86	36 6	
24 H	140/100	80	36 1	

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

13 às 19 hs. Adm. med. de horário  
Aferição SSVV, segue aos cuida-  
dos da enfermagem. Téc. *José Maria Ferreira de Souza*  
Técnico de Enfermagem *Thiago L. Esteves* COREN/RR/953.904 TF  
18 OUT. 2018

414-2

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

REVUE BRÈVE DE  
POPULISME  
BIBLIOGRAPHIE

DATA DE ADMISSÃO		15/05/2018	DIH	DN	18/08/1982
PACIENTE	ANTONIA OLIVEIRA VIEIRA				
AGNÓSTICO	FRATURA DE TALUS DIREITO				
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	35 ANOS	LEITO	414-2	DATA	19/05/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	AVP				Manh
5	TRAMADOL 100MG EV OU 40 GTS VO 8/8 H SN				SN
6	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SE DOR				10/10
7	TILATIL 40 MG EV 1X DIA				10
8	RANITIDINA 50 MG EV DE 12/12 HORAS				18
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				18
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				18
11	SSVV + CCGG 6/6 H				Ritme
12	CURATIVO DIÁRIO				M
<p><b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b></p>					

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

**# EXAME FÍSICO :** BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO

# SOLICITADO:

**# CONDUTA:**

## **# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:**

### # PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS V	PA	FC	FR	
6 H	120			
12 H	140x81	80	<	35°C
18 H	140	1	-	
24 H				

Dr. Thiago Muniz  
 CRM/RR 2009  
 Médico Residente de Ortopedia e  
 Traumatologia

Dr. Thiago Muniz  
CRM/RR 2009  
Médico Residente de Ortopedia e  
Traumatologia

12 de 62 -  
Bresigas do an-  
tigo de Carapet-  
e Aranhas, e deput-  
ado S3-UU, venho  
me Bresigas

18 OUT. 2018

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	15/05/2018	DIH		DN	18/08/1982
PACIENTE	ANTONIA OLIVEIRA VIEIRA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA DE TALUS DIREITO				
ALÉRGIAS	HAS		DM2		
IDADE	35 ANOS	LEITO	414-2	DATA	20/05/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
5	TRAMADOL 100MG EV OU 40 GTS VO 8/8 H SN				
6	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SE DOR				
7	TILATIL 40 MG EV 1X DIA				
8	RANITIDINA 50 MG EV DE 12/12 HORAS				
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CURATIVO DIÁRIO				
	<b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; $\geq$ 400: 10 UI E OU GLICOSE $\leq$ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

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

# SOLICITADO:

# CONDUTA:

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

# PREVISÃO DE ALTA:

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

Dr. Thiago Muniz  
CRM/RR 2009  
Médico Residente de Ortopedia e  
Traumatologia

414  
2

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

DATA DE ADMISSÃO	15/05/2018	DIH	DN	18/08/1982
PACIENTE ANTONIA OLIVEIRA VIEIRA				
AGNÓSTICO FRATURA DE TALUS DIREITO				
ALERGIAS	HAS		DM2	
IDADE	35 ANOS	LEITO	414-2	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SA
2	AVP			mc
5	TRAMADOL 100MG EV OU 40 GTS VO 8/8 H SN			11:00
6	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SE DOR			11:00
7	TILATIL 40 MG EV 1X DIA			11:00
8	RANITIDINA 50 MG EV DE 12/12 HORAS			11:00
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			11:00
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			11:00
11	SSVV + CCGG 6/6 H			11:00
12	CURATIVO DIÁRIO			11:00
<b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; $\geq$ 400: 10 UI <u>E OU GLICOSE <math>\leq</math> 70 DL/ML, GLICOSE</u> 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

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

# SOLICITADO:

# CONDUTA:

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

# PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VÍ	PA	FC	FR	
6 H				
12 H				
18 H	3042	105	17	125/87
24 H	3566	113	11	120/76

Dr. Thiago Muniz  
CRM/RR 2009  
Médico Residente de Ortopedia e  
Traumatologia



$$6h - PA = 117 \times 80 \quad R = 18 \\ P = 75 \quad T = 34.1^{\circ}C$$

13 as 195, no intérino for  
Adm: medo cacoas do sonoia mta  
Atendido S.º S.º M.º T.º

Dr. Thiago Muniz  
CRM/RR 2009  
Médico Residente de Ortopedia e  
Traumatologia

195 as 196 Adm: ameaçada  
CPN = Afund. 50%

Lúcio Alves Gomes  
Técnico de Enfermagem  
COREM/RR 907 877-TEC

18 OUT. 2018

4142

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PREScrição MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		15/05/2018	DIH	DN	18/08/1982
PACIENTE ANTONIA OLIVEIRA VIEIRA					
AGNOSTICO: FRATURA DE TALUS DIREITO					
ALERGIAS		HAS	DM2		
IDADE	35 ANOS	LEITO	414-2	DATA	22/05/2018
ITEM	PREScriÇÃO			HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE			10h	
2	AVP			10h	
5	TRAMADOL 100MG EV OU 40 GTS VO 8/8 H SN			12	16h
6	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SE DOR			15:45	10h
7	TILATIL 40 MG EV 1X DIA			10h	10h
8	RANITIDINA 50 MG EV DE 12/12 HORAS			MF	10h
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			10h	10h
10	CAPTOPRIL 25 mg VÓ SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			10h	10h
11	SSVV + CCGG 6/6 H			SSVV	10h
12	CURATIVO DIÁRIO			10h	10h
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; $\geq$ 400: 10 UI E OU GLICOSE $\leq$ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

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

# SOLICITADO:

# CONDUTA:

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

# PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VÍ	PA	FC	FR		Dr. Thiago Muniz CRM/RR 2009 Médico Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H					
12 H	120/70	78	19	36:30	
18 H	130/70	76	19	36:30	
24 H					

17:00:

Realizado procedimento de goteiro SSV, adm. 1000ml 05% glicose. Segue os cuidados de enfermagem.

18:00: O paciente evolui bem, sem complicações. Aconselha-se reposo e descanso. Aconselha-se reposo e descanso. Aconselha-se reposo e descanso.

Responso Pergunta de Pediatria  
Técnico de Enfermagem  
DOPREN-RR/524 666-TEC

18 OUT. 2018

GOVERNO DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESSCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		15/05/2018	DIH		DN 18/08/1982
PACIENTE		ANTONIA OLIVEIRA VIEIRA			
AGNÓSTICO		FRATURA DE TALUS DIREITO			
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		35 ANOS	LEITO	414-2	DATA 23/05/2018
ITEM		PRESSCRIÇÃO			HORÁRIO
1		DIETA ORAL ZERO			
2		AVP			
5		TRAMADOL 100MG EV OU 40 GTS VO 8/8 H SN			
6		DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SE DOR			
7		TILATIL 40 MG EV 1X DIA			
8		RANITIDINA 50 MG EV DE 12/12 HORAS			
9		METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			
10		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
11		SSVV + CCGG 6/6 H			
12		CURATIVO DIÁRIO			
		<b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; $\geq$ 400: 10 UI E OU GLICOSE $\leq$ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

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

# SOLICITADO:

# CONDUTA:

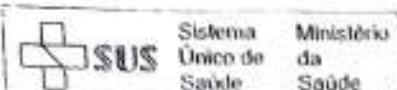
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

# PREVISÃO DE ALTA:

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

Dr. Thiago Muniz  
CRM/RR 2009  
Médico Residente de Ortopedia e  
Traumatologia

18 OUT. 2018



## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

2 - CNES

3 - CNES

4 - CNES

5 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CADASTRO NACIONAL DE PESSOAS (CNP)

8 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente cl. f. Tarcis.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TTO cardíaco

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRÓVOS DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

minuscólio tbc fígado + 12

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

fx Tarcis

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

fx Tarcis

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ONTOPO 616762

28 - DOCUMENTO

( ) CRM ( ) CPF

29 - DOCUMENTO (CRM/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

23/05/18

32 - ASSINATURA E CARIMBO (NP DO REGISTRO DO CONSELHO)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

37 - N° DO BILHETE 38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

36 - CNPJ DA SEGURODORA

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

37 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

47 - DOCUMENTO

( ) CRM ( ) CPF

48 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARIMBO (NP DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - DOCUMENTO

52 - ORIGINAL

18 OUT. 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 21/02/2019 OS: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

fx fractus (D)

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TTO crânio

Tipo de intervenção:

osteosíntese fx fractus.

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

d

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

O mesmo.

CIRURGIAO: Dr. Abner, 2 1º AUXILIAR: Dr. Patrick

2º AUXILIAR: Dr. Marcus, 122 INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_

3º AUXILIAR: \_\_\_\_\_ ANESTESIA: \_\_\_\_\_

ANESTESISTAS: \_\_\_\_\_ ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_

INÍCIO: \_\_\_\_\_ FIM: \_\_\_\_\_ DURAÇÃO: 1h 15m

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1) Abordagem em M4 com avulsão  
2) art. sepsis + sepsis  
3) remoção + fixação percutânea of 02  
fracturas Winslow 7.5mm of garras + inserção  
fixar 1mm 6mm  
4) abertura  
5) inserção of 6cm.  
6) A 12pm. DOCUMENTO  
ORIGINAL  
18 OUT. 2018

Patrick Rabelo Jose  
Médico de Traumatologia  
102 ROC 154



## ELIMINATION OF ANESTHESIA

Benzene

卷之三

ANESTHESIA

20080 | 20080

#### ANSWER

DA 300-31  
MARTINS P. FILHO  
MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ-SP  
CNPJ 0000-0000-0000-0000

DR. R. G. BROWN

— 00000 38 (iv)

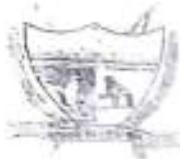
~~MISSÃO UNIVERSITÁRIA  
CAMPUS-1991~~

DR. R. G. BROWN

— 00000 38 (iv)

DOCUMENT  
ORIGINAL  
18 OUT. 2018

AD SGRAP



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HORARIO: 10:00		APT OU LEITO	Nº DO FRONTUÁRIO		DATA	
		10			13/05/18	
CIRURGIA						
TPO		TEMPO DE DURAÇÃO				
		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL		
		08:30	09:30	1 hora		
EQUIPE MÉDICA						
CIRURGIÃO		ANESTESISTA: Dr. Edson				
Dr. Alberto		RES. ANESTESIA: R. Aguiar				
1º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR				
m. Patrício						
2º AUXILIAR		CIRCULANTE				
R.2 marcos		Tânia/Bahia				
DE ANESTESIA: Ronan						
TEMPO DE DURAÇÃO:						
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS		
11	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 250 ml		
11	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO		
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO		
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL N°		
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON N°		
11	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°		
12	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°		
1	LÂMINA BISTURIN N°30			FIO CATGUT SIMPLES N°		
	DRENO DE SUÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°		
	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°		
	DRENO DE PENROSE N°	200ml		GESSADA N° P/11 PET g/100		
	SERINGA 01ML	25ml		SERINGA 10ML g/100		
1	SERINGA03ML	200ml		GESSA/OSSE flaconete de 100g		
1	SERINGA05 ML	200ml		GESSA PARAFATAN 500g		
1	SERINGA 10ML	200ml		GESSA 500g		
	SERINGA20ML	200ml		GESSA CARDIACA 500g		
<input checked="" type="checkbox"/>	Alumínio Solto			OUTROS: plásticos		
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS				DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE Bruna Silva Márcia		MATERIAL MEDICAMENTOS		SUB- TOTAL
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA		TAXA DE SALA		
				TAXA DE ANESTESIA		SOMA
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE						

ENVIE ESTE F  
DOCUMENTO  
ORIGINAL  
A 8 OUT. 2018

Person to  
10:10

# SAII - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

NAME: Antonia Oliveira Vieira



mege smi kac  
mege kac

23 05

35

2

Frank et al.

✓

38

2.  $\frac{1}{2} \times 2 = 1$

1

<sup>10</sup> Consulte o relatório "Entrevistas da COO: ANAFA - ANA / 2008 e elaborado pelo Instituto Ibope para a Fiesp".



ESTADO DE PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

PETIÇÃO

ANTES DA ELEIÇÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE  
OPERAÇÕES

André Oliveira Viana  
Dr. Fabrício Almeida

Anestesista Dr. Endo

CIRURGIA CIRÚRGICA / URGÊNCIA

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA  
EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E  
FUNÇÃO:  Sim  Não

CIRURGIAO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO  
CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- Identificação do paciente
- Sítio cirúrgico
- Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

REVISÃO DO CIRURGIAO:  
Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da  
operação e perda sanguínea prevista.

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:  
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:  
Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e  
outros estão presentes e dentro da validade de  
esterilização (incluindo resultado do indicador). Há  
questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer  
preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI  
REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.  
 Não se aplica  
 Sim,  
Qual: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.  
 Sim

SAÍDA DO PACIENTE

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM  
OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM  
VERBALMENTE COM A EQUIPE:

1- O NOME DO PROCEDIMENTO  
REGISTRADO

Sim  Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTOS  
CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E MULHAS  
ESTÃO CORRETAS

Sim  Não  Não se Aplica

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA  
PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA  
(INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)

Sim  Não  Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO  
PARA SER RESOLVIDO

Sim  Não

O CIRURGIAO, O ANESTESIOLOGISTA E A  
EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISA A  
PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A  
RECUPERAÇÃO E O MANEJO DO PACIENTE.  
 Sim  Não  Não se Aplica

Abhner de Souza Gomes Lins dos Santos  
Endereço: Rua Corenmar 324 926  
Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

18 001 2018



UNIDADE / SETOR	QUARTO	LEITO	Nº DE REGISTRO
HG 2	414-2		
NAME DO PACIENTE	18 OUT. 2018		
João Viana			
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS			
DATA / HORA	PRESCRIÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
		HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
23/10/18 8:00	Colocar ouvir a voz	7:30	Discreto. Respira
7:30	cefazolin 1g ev 6/6h.	8:00	80 CC m 10:10 AM.
8:00	toradol 50 ev 14/12h	8:30	no momento, incomodo
8:30	Opumox 1g ev 6/6h	9:00	Respirando com facilidade
9:00	S. sinus urais 6/6h	9:30	discreto em RPA
		10:00	Respira 20/20 m 10:27
		10:30	coração, AWP 22-1450
		11:00	com SF 0,91 g/m²
			<i>Francisco L. Souza Gomes</i> Enfermeiro NIRENRR 161648
	<i>(3) Toradol 10:30 + 900 AD 8:30h pede/evit 17:30</i>		
	<i>EVV 24h PP 110/70</i>		11:20h P.A 94x58 mmHg
	<i>EC 70</i>		P:80 R: 18 T: 36,3°C
	<i>+ 36,1</i>		<i>te. suspiro</i>
	<i>06h PP 100/60</i>		13:00 J9
	<i>EC 70</i>		PB: 128x82, P: 73
	<i>+ 36,3</i>		TAX 36,3°C R: 20
			Adm. imed. med. cpm
			apendito. Sintomas Vagos
			Pac. refere indigestão do
			adm. - am. (7)

Autenticação digitalizada  
Tecsoft  
CORPO DE POLÍCIA MILITAR DO  
ESTADO DE RORAIMA

414  
2

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PREScrição MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		15/05/2018	DIH	DN	18/08/1982
PACIENTE ANTONIA OLIVEIRA VIEIRA					
DIAGNÓSTICO: FRATURA DE TALUS DIREITO					
ALERGIAS					
IDADE	35 ANOS	HAS	LEITO	414-2	DATA 24/05/2018
ITEM	PREScrição				HORÁRIO
1	DIETA ORAL ZERO				5/12
2	AVP				mais
5	TRAMADOL 100MG EV OU 40 GTS VO 8/8 H S/N				17/15
6	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SE DOR				17/15
7	TILATIL 40 MG EV 1X DIA				17/15
8	RANITIDINA 50 MG EV DE 12/12 HORAS				17/15
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				17/15
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				17/15
11	SSVV + CCGG 6/6 H				SSVV
12	CURATIVO DIÁRIO				17/15
<b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

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

# SOLICITADO:

# CONDUTA:

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

# PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VÍ	PA	FC	FR	
6 H	115/70	70	20	
12 H	145/80	96	20	36/15
18 H	130/80	82	20	
24 H	127/70	70	20	

Dr. Thiago Muniz  
CRM/RR 2009  
Médico Residente de Ortopedia e  
Traumatologia

Nos-7as 13 per adm  
medi (ACAO) + SSVV, foi  
puncionado no M5 E.  
Gel:20

Ana Maria S. Macedo  
Auxiliar de Enfermagem  
COREN-RR 000.417.834

13 em 34  
Respiração é de  
65 respirações/min  
mas aperfeiçoar os  
vrs. Sigue acim  
anda da enfermeira  
per

Jessika Nogueira de Souza  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RR 756.767-TEC



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

### RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Adriano Alves Souza 33 ANOS,  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 21/01/18, COM  
DIAGNÓSTICO DE Fratura de talus (2)

NO DIA 25/01/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
Artroscopia de Fratura de talus (2) SENDO  
OPERADO PELO DR. Alcides Ferreira E DR. Patrick Rabelo

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 26/01/18 AS 12:00h, EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 06/02/18 AS 12:30h, COM O  
DR. Manoel Carvalho

#### ORIENTAÇÕES GERAIS:

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR Thiago Muniz

BOA VISTA 27/05/18

Dr. Thiago Muniz  
Médico Residente  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-RR 2008

MÉDICO 18 OUT. 2018

HGR

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL MUNICIPAL DE RORAIMA  
NÚCLEO DE LABOPATÓRIO



Paciente: ALFONSO OLIVEIRA VIEIRA Idade: 36 anos  
Data de Liberação: 06/02/09 Hora da Liberação: 07:44 Sexo: M  
Requisição: 2016-06-13  
Setor: 424-02 Leste: — Solicitante: THAIS VIEIRA 07/01/2009

### TESTE RÁPIDO PARA DIAGNÓSTICO DE ANTICORPOS ANTI-HIV

#### 1º ENSAIO

MÉTODO: Imunocromatografia KIT USADO:  Alere Bioeasy  Abon Bioeasy  Bioclin  Bio-manguinhos

NATUREZA DA AMOSTRA:  Soro  Sangue Total  Plasma NÚMERO DA AMOSTRA:  1º  2º  3º

RESULTADO DO 1º ENSAIO: NÃO REAGENTE

#### DESCRIÇÃO:

1º Este laudo técnico está em acordo com o fluxograma 01 do manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV aprovado pela portaria nº 29 do ministério da saúde de 2013.

2º O diagnóstico negativo na primeira amostra de HIV do 1º ensaio não descarta a possibilidade de infecção, devendo ser repetido após 30 dias para descartar falso negativo decorrente de janela imunológica.

#### CONCLUSÃO LABORATORIAL:

RESULTADO FINAL: MOSTRA NÃO REAGENTE PARA INFECÇÃO PELO HIV

Observação: Em caso de suspeita de infecção pelo HIV uma nova amostra deverá ser colhida 30 dias após a data de coleta dessa amostra.

Dante S.P. Silvestre  
Farmacêutico-Bioquímico  
06/02/2018

Responsável pela Liberação

Reinaldo Eduardo Costa Jr  
Responsável Técnico  
CRF-122

18 OUT. 2018