

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: 28/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LARISSA KETHELEN OLIVEIRA MENEZES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 00000066850-5

Nr. da Autenticação 37FEA3235F092DBF

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, 11 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190139049 **Vítima: LARISSA KETHELEN OLIVEIRA MENEZES**

Data do Acidente: 28/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LARISSA KETHELEN OLIVEIRA MENEZES

Informamos que o pagamento da indenização o 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 tornozelo 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: LARISSA KETHELEN OLIVEIRA MENEZES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003027

Conta: 0000066850-5

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190139049 **Cidade:** Alto Alegre **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LARISSA KETHELEN OLIVEIRA **Data do acidente:** 28/09/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
MENEZES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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 tornozelo	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: 3190139049 **Cidade:** Alto Alegre **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LARISSA KETHELEN OLIVEIRA **Data do acidente:** 28/09/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
MENEZES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

B18-4-nike
09/09/2018
Paciente
LARISSA KETHELEN OLIVEIRA MENEZES

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
 Secretaria de Estado da Saúde
 Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
 Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3309



1801015265	28/09/2018 17:12:27	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA					CRONO 07:12
Paciente			Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	
LARISSA KETHELEN OLIVEIRA MENEZES			18/11/1992	25 A 10 M 10 D	702404575513020	02415727202	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
IDENTIDADE	3856089	SSP/RR	20/11/2008	F		PARDA	BRASILEIRA
Mãe			Pal		Contato		
ROSIMAR OLIVEIRA DA SILVA			LAURO RICARDO BARBOSA DE MEDEIROS		17-5035		
Endereço							
RUA - ONDITE DE LIMA PEREIRA - 114 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR							
Class. de Risco	Promo Convênio	Nº da Carteira		ÁREA DE BONISTROS - DPVAT			
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				VALIDADO			
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.		Procedência	Temp.	Dado	Obs.
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				15 FEB 2019		
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.		Registrado por:			
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTÂNEA			ANTONIA SOARES			
Queixa-Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue GENTE SEGUROADORA S/A <i>Av. Capitão Alípio Ferreira, 414 - Boa Vista - RR</i>						
<i>Polifunção; OC. MOTO;</i>							
Anamnese de Enfermagem	A+CAP + Cola; B+mu+, S/RA, IUPICO.						
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	Pnresc; co/mais de sfo dno;						
Exame Físico	D+ECG ss; RRMQ. Ext: dor e edema em braço C						
Hipótese Diagnóstica	Alter. Diagnóstico: M. Botinelly Cirurgião de Geraldo e Prado CRM-RR 1276 / RQE: 643						
SADT - Exames Complementares	<input type="checkbox"/> RAI-O-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URTIGA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> ...						
ALERGIA A DIPIRONA +oxicen 40 → 100 mg Rx - profuse falso A cistaprida				AFIBRILAMENTO 12/50			
Conduta	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta:						
Óbito							
Antes do 1º Atendimento?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Destino:	<input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica		

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

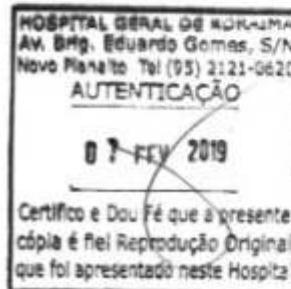


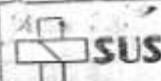
ONTO PENDA
TNT De Donzinho

Wilson B. com Pedras s3mals
os dias mornis.

ad innvisão p/ TDD
Cinhas

D. ALBERTO FERREIRA SANTOS
Médico Cirurgião e Odontólogo
CRM-RN 0577
Filho Foppa - 2013





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

118-4

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Anissa Kethlen Monsefi

6 - N.º DO PRONTUÁRIO

368325

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7101241014151451511610120

8 - DATA DE NASCIMENTO

18/11/1992

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Rosmar Oliveira da Silva

9 - SEXO

MF

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

Rua Andile de Lima Pereira 114 - bairro Sotelite

11 - FONE DE CONTATO

N.º DO FONE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista RR

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Tontura e dor no rosto

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
INTERNAÇÃO NÃO VERIFICADA

15 FEV 2019

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Pro curro

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Getúlio Vargas 414 - São Paulo - SP

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

RX

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
AV. BRIG. Eduardo Gomes, 576
Novo Progresso Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

07 FEV 2019

Certifico e Dou Fé que a Presente
carta é meu Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

20 DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

FMI A

TNR O

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 TERCERÍ

Certifico e Dou Fé que a Presente
carta é meu Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

AS 700501 N 705

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CÉNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

280918

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 32 - ASSINATURA E CARMIMO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

37 - N.º DO BILHETE 38 - SÉRIE

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA 41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

AUTORIZAÇÃO

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - DOCUMENTO

46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITAL

0308010019

TO68

5826 V299

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASSINATURA E CARMIMO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

281918

até 8/10

Name: Lorraine K. O. Munzen

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Convatec, Solutions Programs. Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

04



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



Governo de Roraima
Hospital Regional de Roraima

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH						
PACIENTE	LARISSA KETLEM	ALÉRGICAS	DIPIRONA	HAS	DM2			
DIAGNÓSTICO	<i>Fratura de articulo tibial</i>							
IDADE	25	LEITO	04	DATA	30/09/2018			
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO				
1	DIETA ORAL LIVRE	<i>S/N D</i>						
5	PARACETAMOL 750 MG 6/6 HORAS VO	<i>12-18-24-06</i>						
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV DE 8/8h SE DOR INTENSA	<i>S/N</i>						
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	<i>S/N</i>						
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H	<i>16-24-08</i>						
9	CCGG+SSVV	<i>Ranitida</i>						
10	CURATIVO DIARIO	<i>Realizar</i>						
12	<i>PP</i>	<i>mantê</i>						
14	<i>Captot. ou 1/2 c/ 6/6 hor. 15/18-24-06</i>							
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).							
19	CONFORME ESQUEMA 200-250 2UI, 251-300 4UI; 301-350:							
20	6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							

EVOLUÇÃO MÉDICA:

2/2 petecas

SINAIS VITAIS	PA	P	TAX	
6 H	150/80	75	36.6	
12 H	103/59	82	36.6	
18 H	122/81	86	36.4	
24 H	150/80	87	36.4	

Carvalho Edson Pereira Júnior
MÉDICO PRESENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Nome:

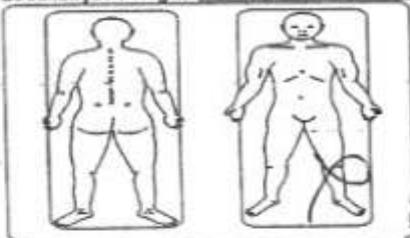
Lanissa H. O. Menezes

DATA: 30-09-18

GRAU - I
 GRAU - II

Localização / Região

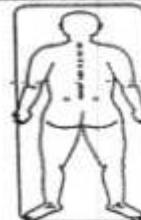
MFE



DATA:

GRAU - I
 GRAU - II

Localização / Região



Etiologia Pressão I - II - III - IV Venosa Arterial Diabética
 neuropática cirúrgica Trauma outra:

Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade _____ cm

Aparência do Leito: Tecido de granulação com esfacelo
 Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato: seco, mínimo úmido, pouco
 úmido, moderado molhado, abundante

Tipo de exsudato: Seroso Fibrinoso Sanguinolento
 Purulento Serossanguíneo

Dor: Sim _____ Não _____

Odor: evidente na remoção da cobertura a beira do leito
 evidente ao entrar no quarto Sem odor

Condição da pele Perilesional: Normal Macerada seca Eritema / Rubor
 Prurido Outras _____

Solução para limpeza: Soro Fisiológico 0,9% Clorexidina 1%
 Clorexidina 4% Outro: _____

Cobertura primária (Contato direto na lesão) Gaze Colagenase
 Fibrinase Sulfadiazina de Prata
 AGE Outro: _____

Hora do curativo: Manhã Tarde

Data da Próxima troca: Dia(s)
Em caso de + de 24hs

Carimbo e ass. rec. em Enfermagem 01- Juilene Moreira Auxiliar Enfermagem COREN-RR 433.554

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro 02- Glória de Oliveira N. Viana Auxiliar Enfermagem COREN-RR 448.709

OBS: _____

DATA:	<input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região
Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara
<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____
<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____
<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
<input type="checkbox"/> 01- Juilene Moreira Auxiliar Enfermagem COREN-RR 433.554	<input type="checkbox"/> 02- Glória de Oliveira N. Viana Auxiliar Enfermagem COREN-RR 448.709	<input type="checkbox"/> 01- <i>[Assinatura]</i> <i>[Data]</i> 02- <i>[Assinatura]</i> <i>[Data]</i>
OBS: _____	OBS: _____	OBS: _____

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Convatec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

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

卷之三

000261 99990-29 46200-00000
000261 99990-29 46200-00000

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PREScrição MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	LARISSA KETHEÇEN OLIVEIRA MENEZES				
DIAGNÓSTICO	FX LX TNZ				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	LAR/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SAÍDA
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				10/07/18
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				SUSPENSÃO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				10/07/18
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 SN ALERGIA				10/07/18
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				10/07/18
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				10/07/18
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				10/07/18
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				10/07/18
10	SSVV + CCGG 6/6 H				10/07/18
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				10/07/18
14	CURATIVO DIARIO				10/07/18
15					
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI, 251-300: 4UI, 301-350: 6UI,				
20	351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E/OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

SINAIS VITAIS	P	R	T
6 H	110	22	11
12 H	110	22	11
18 H	110	22	11
24 H	110	22	11

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Josilene S. Galvão
Tsc. Enfermagem
COREN-RR 866.332

Nome: <i>Lan. Me. 024</i>			
DATA: <i>01/10</i>	Localização / Região		Localização / Região
	<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I	<input type="checkbox"/> GRAU - II	
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma contra: _____		
Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm	Largura: _____ cm	Comprimento _____ cm
Profundidade _____ cm	Profundidade _____ cm		
Aparência do Leito:	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		
Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso	<input type="checkbox"/> Fibrinoso	<input type="checkbox"/> Sanguinolento
	<input type="checkbox"/> Purulento	<input type="checkbox"/> Serossanguíneo	
Dor:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor		
Condição da pele Perilesional:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____		
Solução para limpeza	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Hora do curativo:	<input type="checkbox"/> Manhã	<input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã
Data da Próxima troca:	<i>12/10/2015</i>		
Em caso de + de 24hs			
Carimbo e ass. Técnem Enfermagem	01- <i>Miguel Dantas</i> Rota: <i>Rua Miguel Dantas</i> CEP: <i>69.000-000</i>	02- <i>Gilma Soárez Pachios</i> Rota: <i>Rua Gilma Soárez Pachios</i> CEP: <i>69.000-000</i>	01- 02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	<i>Carimbo: 01-02-03</i>		
OBS:	OBS:		
<p>Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Convatec, Solutions Programs. Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.</p>			



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE			
DIAGNÓSTICO			
ALERGIAS		HAS	DM2
IDADE		LEITO	DATA
ÍTEM	PREScrição		
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	AVP		
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H		
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H		
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H		
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	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N		
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
11	CURATIVO DIARIO		
12	SSVV + CCGG 6/6 H		
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),		
20	CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; 2 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS VITAIS	TAC	FC	V.A. Janilene S. Galvão
6 H			Fotografia OUCLN PB 866.332
12 H	36°C	55	120x 62
18 H	36.2	72	134 de 141
24 H			

Doutor Cerebello Echavarria Júnior
Médico CRM 32197

None*

Baruista

Katherine

04

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Convatec, Solutions Programs. Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

+ 04
118-4

GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	L. M. S.		
DIAGNÓSTICO	Traumatismo	CONFORME	CONFORME
ALERGIAS			
IDADE	HAS	DM2	
ÍTEM	LEITO	DATA	03/10/12
PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	AVP		
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H	(15g)	
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H		
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H	X	
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	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N		
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
11	CURATIVO DIARIO		
12	SSVV + CCGG 6/6 H		
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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.		
20			
EVOLUÇÃO MÉDICA:			

SINAIS VITAIS			
6 H	130/80		
12 H	130		
18 H	140		
24 H	140/80		

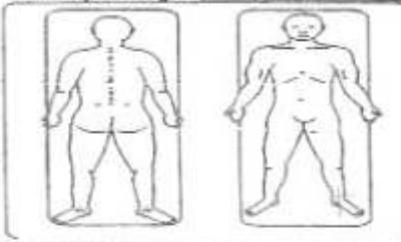
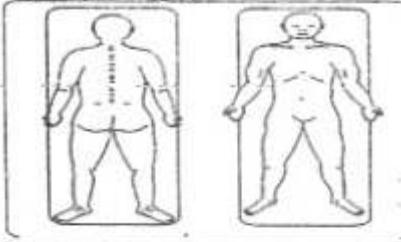
140/80

pe 55

fa 300 D

BLA/358-4 - 11:30

NC

Nome: <i>Larissa K. T. P. M. V. de Oliveira</i>			
DATA: 03/10/18 <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região: <i>Bile</i> 	DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região: 
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> oneuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma contra: _____		
Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm	Largura: _____ cm	Profundidade _____ cm
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		
Tipo de exsudato:	<input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo		
Dor:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim _____ <input type="checkbox"/> Não		
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto		
Condição da pele Perilesional:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____		
Solução para limpeza	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% Outro: _____		
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE Outro: _____		
Hora do curativo:	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		
Data da Próxima troca:	<i>15/10/2018</i>		
Em caso de + de 24hs			
Carimbo e ass. Tec. em Enfermagem	<i>Maria de Fátima N. Viana</i> Auxiliar de Enfermagem COREN-RN 449.709	02- <i>Jucilene Almeida</i> Auxiliar de Enfermagem COREN-RN 431.554	01- _____
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:	OBS:		
Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Convatec, Solutions Programs. Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.			

ANGRICH 18-4

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

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
------------------	-----	----

PACIENTE LARISSA KETHELEN OLIVEIRA MENEZES

AGNÓSTICO FX/LX TNZ

ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE	33	LEITO		DATA	04/10/2018

ITEM	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE
2	SF 0,9% 500ML S/N EV
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N
5	DIPIRONA 01 G EV DF 6/6 HS
6	TRAMAL 10MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DF 8/8h SE DOR INTENSA
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)
10	CURATIVO DIÁRIO
11	SSVV + CCGG 6/6 H
12	
13	
14	
15	
16	

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250 UI 251-300 4UI, 301-350 1UI, 351-400 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/MI, GLICOSF 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

MEDICO DE SORTEIRO DE ORTOPEDIA
TRAUMATOLOGIA
MARCOS AGUIAR
CRM 1995 RR

Gonzilene Melo de Souza
COREN-RR 292.369-TE

Gonzilene Melo de Souza
COREN-RR 292.369-TE

HOSPITAL SÉNIA DE FERREIRA
SECRETARIA DE SAÚDE DO P. R. BRASIL
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PREScrição de medicamentos

DATA DE ADMISSÃO _____ DIH _____ DN _____
MACHINTE LARISSA KETHELEN OLIVEIRA MENEZES

ESTIGMA/LX TRZ

ITEM	NEGA	HAS	NÃO	SIM	NÃO
1	DIPIRINA ORAL 100MG				

ITEM	NEGA	HAS	NÃO	SIM	NÃO	MEDICAMENTO
1	DIPIRINA ORAL 100MG					
2	SÍ 0,9% 500ML S/N EV					
3	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N					
4	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS					
5	IRAMAL 100MG + SÍ 0,9% 1VC/4 D100ML 0,9% 100ML					
6	ASH 10 mg EV 8/86 (S/N)					
7	HIPATOCERTE 25 mg VO 01 S/N > 100 > 00 PAIS > 100 MENS					
8	CPR. TICONA GOTAS 40 GOTAS VO 01 00					
9	CURATIVO DIÁRIO					
10	SSVV + CCGG 6/6 HS					
11						
12						
13						
14						
15						

DIAGNÓSTICO CORAÇÃO COM INSULINA 10U CURIAR (SC), CONEDIMI / SQUI MA 100-250 ZUI,
100-300 ZUI, 200-350 ZUI, 350-400 ZUI, > 400 100-200 ZU CICOSI < 100 ZUI, CICOSI 50% 40 MI

SOLUÇÃO MÉDICA:

MAIS V.	PA	FC	FR	TEMP
1 H	120/70	80	20	36,5
12 H				
10 H	140/84	84	24	36,5
2 H	115/71	71	21	36,5

PROFISSIONAL DE ORTOPEDIA
TRAUMATOLOGIA
MARCOS AGUIAR
CRM 196 RA

Candida dos Santos Pereira
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 751-380-TEC

HOSPITAL GERAL DE RIO PPA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RIO PPA

SERVIÇO DE ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

118-4

DATA DE ADMISSÃO | DII | DN |

VACIENTE LARISSA KETHELEN OLIVEIRA MENEZES

DIAGNÓSTICO/LX TNZ

LEGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DIAZ	NÃO	HORÁRIO
1	23	LEITO		16/02		S/N
2						S/N
3						S/N
4						S/N
5						S/N
6						S/N
7						S/N
8						S/N
9						S/N
10						S/N
11						Ronal
12						
13						
14						
15						

SA. DIABETICO CORRIGAO COM INSULINA NAR GULAR (SC), CONFORME TABELA MAIS ALTA.
 250 300 400 301 350 600, 351 400 800 > 400 14 U/H OU GLICOSE < 70 (X/M), GLICOSE 50% 40 ML
 I.V. AVISAR HANJONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ANOS V	PA	FC	FR	TEMP	MÉDICO RESPONSÁVEL ORTOPÉDIA
6 H	120/80	60	16	36,8	TRAUMATOLOGIA
12 H	106 X 50	60	16	36,8	AVARCOS / ADRIAN
18 H	110 X 60	70	16	36,8	ERIN FONSECA
24 H	120 X 70	70	16	36,8	

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

15 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 434 - São Paulo - SP

Nome: Karissa Ketlen Oliveira Meneges			
DATA: 06.10 <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região MIE 	DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II Localização / Região 	
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____		
Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm	Largura: _____ cm	Comprimento _____ cm
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		
Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo		
Dor:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		
Condição da pele Perilesional:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____		
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Hora do curativo:	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		
Data da Próxima troca: Ela passa de + de 24hs	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- Razângela Miguel Deodora Téc. Enfermagem	02- Renata Silva Rodrigues Aux. de Enfermagem	01- <input type="checkbox"/> 02- <input type="checkbox"/>
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	COREN-RR 629 703		
OBS:	OBS:		

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Convatec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

M.G.R

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Laura K. Oliveira

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - FONE DE COBERTURA
Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

A dor + deformidade toracica

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

ato cirúrgico

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

Ex. clínico + radiografia

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura toracica

21 - CID 10 F01.0 P01.2 22 - CÓDIGO DA CLASSE HOSPITALAR

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ortosexta toracica

25 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ONTOPI

tempor

PROCEDIMENTO SOLICITADO

HOSPITAL GERAL DE RODRIGUES
Av. Brig. Eduardo Gomes, 51/N
Novo Piancó Tel (85) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

03.FEV.2019

Certifico e Dou Faz que a presente
copia é fidelíssima da respectiva
copia que foi apresentada ao ato Hospitalar
que faz autorização do procedimento

21 - CID 10 F01.0 P01.2 22 - CÓDIGO DA CLASSE HOSPITALAR

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 32 - ASSINATURA E CARMIM (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

8/10/18

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

37 - N° DO PNLHETE

38 - SÉRIE

36 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

45 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

0408050578

5826

V279

8/10.

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 3/10/18 O.S. _____

Lavore t. Olvesca

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura toracof

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO: Osteosíntese Tomojet ⑤

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: Isolamento

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGÃO: J. L. Monteiro 1º auxiliar: Dr. Oliveira

2º auxiliar: INSTRUMENTADORA:

3º auxiliar: ANESTESIA:

ANESTESISTAS: Fabrion ANESTÉSICO:

INÍCIO: FIM: DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Paciente em decúbito dorsal
- ② Anestesia, sedação.
- ③ Colocação de campo estéril
- ④ Incisão lateral da tomografia
- ⑤ Dissecção plana, limpa
- ⑥ RSTI é passado e compõe o interfragmentar e placa 1/3 curva + parafuso (não torticável)
- ⑦ Corte de osteófeto
- ⑧ Revisão hemostática
- ⑨ MFC feito 2/8F; 3/1
- ⑩ Sutura muscular e pele
- ⑪ Curativo + Lavar feridas





LARSSA Kathelen Oliveira Menezes, 250

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO			Nº
N2 2,6mg - 17:04h FAT 50ug - SENSIBILIZADA		CF - I	08.10.18
AGENTES	N 25 02 17		
LÍQUIDOS VENOSOS	S	M	
	4	5	
DA X	3	4	
	2	1	
ULSO *	240	230	
	220	210	
ANEST.	36	290	
	34	190	
OP O	32	180	
	30	140	
TEMP	120	100	
	80	60	
ASPIR. A	80	70	
	60	50	
RESP O	40	30	
	20	10	
Exper.			
Assist.			
Contro.			
SÍMBOLOS	A	B	A → B ←
AGENTES	DOSES		TÉCNICA
A	1,5%		VIA GÁSTRICA LARINGO MÍTER - BÁNDIA SÍNTEZ VIA INTRAMUS.
B	-		VENOSA SÍNTEZ ESPONJINHA -
C	-		-
D	-		-
E	-		-
F	-		-
G	-		-
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cáncula - Naso / Oro Faringeas	
HODD		Naso / Otorrágico - Cega	
SANGUE		Sal - Tamp - Calibre do Tubo	
G. FIS 0.9	1.500ml	Sob Missão	
		Dificuldade Técnica	
TOTAL	1.500ml	TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO	DENTROSCINTÍSCA DE PLANALTO - (C)		
ANESTESIA	Dr FRANCISCO NEVES (E.)	CÓDIGO	DR VITÓRIO BARRO
		CRURGIAO	PERDA SANGUÍNEA
			COMPROMIDA

ANOTACÕES

- ASSISTENTE ANTISÉPTICO REGIÃO LARINGO
- ALCOOL E HIGIENE
- INFLATÁVEL PEQUENO SENSIBILIZADA -
- HÁDOCA, M 20 (30 ml)
- PUNSAK ESTÉTICO INTRAOPERATÓRIOS L3-L4
- NÚCLEO 2,6 g.
- INJEÇÃO BONA CADA 0,5% (12,5 ml)
- (C) P/ CADA

Laringo - Excesso Seco Depressão Respiratória - Hipoxia "Sucking" - Vômito	Hemorragia - Arritmia Bradí Taquicardia - Choque
--	---

ANESTESIA DR FRANCISCO NEVES (E.)

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

07 FFV 2019

Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fidel Reprodução Original
que foi apresentado neste dia



FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE Ladislau Kithulin Oliveira Muniz, 25		APT OU LEITO 118-1	Nº DO PRONTUARIO	DATA 05/10/11
		CIRURGIA		
TIPO Osteossíntese Frat. Tonozzilo (E)		INICIO 18:01	FIM 18:29	TEMPO TOTAL
CIRURGIÃO On. Victor Montenegro		EQUIPE MÉDICA		
1º AUXILIAR	On. Leonaldo	ANESTESISTA: On. Fabiano		
2º AUXILIAR	On. Manoel Marques	PES. ANESTESIA: On. Núria	INSTRUMENTADOR On. Manoel	
TIPO DE ANESTESIA: RAQUÍ		CIRCULANTE Socorro e Socorro		
TEMPO DE DURAÇÃO:				
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		<input type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FÍSIOLOGICO 250ml lata de Co
<input type="checkbox"/>	PACOTES GAZE		<input type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.0		<input type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO GLICOSADO
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.5		<input type="checkbox"/>	FIO VICRYLN [®]
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.0		<input type="checkbox"/>	FIO MONONYLON N° 3.0
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.5		<input type="checkbox"/>	FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°
<input type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS	m	<input type="checkbox"/>	FIO ALGODÃO COM AGULHA N°
<input type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURIN [®] 11		<input type="checkbox"/>	FIO CATGUT SIMPLES N°
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE SUCCÃO N° 10cm		<input type="checkbox"/>	FIO CATGUT CROMADO N°
<input type="checkbox"/>	DRENO DE TORAX N°		<input type="checkbox"/>	FIO PROLENE N° 10cm + Tanto
<input type="checkbox"/>	SERINGA 01ML - agulha de naqui		<input type="checkbox"/>	FIO SEDA N°
<input type="checkbox"/>	SERINGA 03ML - Procaind p/ dolo		<input type="checkbox"/>	SURGICEL Propri
<input type="checkbox"/>	SERINGA 05 ML		<input type="checkbox"/>	CERA PVC OSSE - gesso
<input type="checkbox"/>	SERINGA 10ML		<input type="checkbox"/>	KIT CATARATAM - mola
<input type="checkbox"/>	SERINGA 20ML		<input type="checkbox"/>	GEOFOM
OUTROS: óxido alveolar				
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE Luciana Reis	MATERIAL MEDICAMENTOS		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA Socorro e Socorro	SUB- TOT		
		TAXA DE SALA		
		TAXA DE ANESTESIA		
		SON		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				

GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopedia

Tipo Cirurgia:

Osteossíntese de fratura do tornozelo
Esquerdo

Data: 08/10/18

Nº DO PRONTUÁRIO:

Paciente: Leissa Kethelen Oliveira Menegos Idade 25

Bloco: _____ Enfermaria _____ Leito: _____

Caixa: Requinte fragmentos Nº _____

Circulante: Lorena + Zézinho sala 01

Conferência Expurgo CME:

Material Utilizado:

placa com os furos |
furofuso articulal Nº 28 |
	Esfenofse Nº 14
	Esfenofse Nº 20
	Esfenofse Nº 16

Médico Responsável

1º Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2º Via - CME

Delegada à SIRPONA!



NOME:

Dra. Katherin Oliveira Neves

SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO		TRANSOPERATÓRIO				SRPA	
Data:	09 / 10 / 09	Entrada na Cirurgia	Inicio da Anestesia	Inicio Cirurgia	Saida S.O.	Saída	Sinais Vitais
Reg.	idade: 25					Localização	T P A SPO2
Chegada: <u>Doc A</u> () Emergência () UTI 1 () Internação () U.T.I.2 () Outros: <u>inf</u>					Roxo	Or. frt. tonus abd(E)	1h 15' 30' 45'
Ouvidos Proposta: <u>inf</u>							2h
Anestesia: <u>inf</u>							30'
Antibiotico: <u>inf</u>							1h
Hematocrito: <u>inf</u>							1h30
Infradúzia: <u>inf</u>							2h
Intubação: <u>inf</u>							3h
Posicionamento: <u>inf</u>							3h
Anatomia Realizada: <u>inf</u>							
Anestesia: <u>inf</u>							
Terapia: <u>inf</u>							
Hemoderivadas: <u>inf</u>							
Plaquetas: <u>inf</u>							
Anatomia Patológica: <u>inf</u>							
Sinais Vitais:							
Nº de compressas recorridas: <u>inf</u>							
Nº pegas: <u>inf</u>							
Cultura: <u>inf</u>							
() Outros: <u>inf</u>							
Exames na SO: () Hb () Hct () Hemograma () Ralo X							
() Outros: <u>inf</u>							
Exames na SO: () Hb () Hct () Hemograma () Ralo X							
() Outros: <u>inf</u>							
Legenda:							
1. Eletrodo: <u>OK</u>							
2. Oxímetro: <u>OK</u>							
3. PVC: <u>inf</u>							
4. Placa de bisturi: <u>inf</u>							
5. Sonda: <u>inf</u>							
6. Cateter: <u>inf</u>							
7. Venômedese: <u>inf</u>							
8. Dreno: <u>inf</u>							
9. SNG: <u>inf</u>							
10. Faixa de compressão: <u>inf</u>							
11. Outros: <u>inf</u>							
Entrada:							
Saída:							
Ass.: _____							

Destinado: SRPA () UTI () Outros:

Instrumento elaborado pelos Enfermeiros da COOPENURE - AM/ 2005 e adaptado pelos Enfermeiros HGR-PAAR-PSFE-RR/2015



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



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE	<i>Fábio K. Oliveira</i>			
DIAGNÓSTICO	<i>Fraqueza torácica</i>			
ALERGIAS	HAS		DM2	
IDADE	LEITO	W.C.	DATA	8/10/10
ITEM	PREScriÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SND
2	AVP			Montanha
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H	X8		06 12
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H			22 10
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H	SUSP/END		Alergica!
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	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N			
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
11	CURATIVO DIARIO			M
12	SSVV + CCGG 6/6 H			Robtina
13				
14				
15		<i>DR. Vitor Montenegro Traumatologista</i>		
16		<i>Gabinete 202</i>		
17				
18				
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),			
20	CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;			
	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%			
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS VITAIS

6 H

12 H

18 H

24 H

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

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN				
PACIENTE	LARISSA KETHELEN OLIVEIRA MENEZES					
DIAGNÓSTICO	FX/LX TNZ					
ALÉRGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO	
IDADE	33	LEITO	18-6	DATA	08/10/2018	
ITEM						HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					S N D
2	SF 0,9% 500ML S/N EV					S N
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N					12:00
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS					18:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% I.V OU 01 CP VO DI: 8/8h SF DOR INTENSA					24:06
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					23:10
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					S N
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DI: 8/8 h (S/N)					<i>Curativo rotina</i>
10	CURATIVO DIÁRIO					
11	SSVV + CCGG 6/6 H					
12						
13						
14						
16						

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250-2UI,
251-300-4UI, 301-350-6UI, 351-400-8UI, > 400: 10 UI E OU GLICOSI < 70 DM/ML GLICOSE 50% 10 ML
EV AVISAR PLANTONISTA

Evolução médica:

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	120x82	80	20	36
12 H	120x90	81		
18 H				
24 H	104x70	82		36,2

MEDICO DE SORTEIRO DE ORTOPEDIA
TRAUMATOLOGIA
MARCOS AGUIAR
CRM 1045 RR

12hs - Pct. no leito, sem queixas algícas, realizado troca de
AVP, T: 18, em mSE, aferido SSVV.

19/10/07 Administrado fenz 06 opo's reloktar
faz intensa. CRM. referido SSVV

Graziela dos Santos Pereira
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 751.300-TEC

Ivanilda
Isabela
Trinete Santos da Silva
Técnico em Enfermagem
COREN-RR 903885-TEC

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

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN				
PACIENTE	LARISSA KETHELEN OLIVEIRA MENEZES					
AGNÓSTICO	FX/LX TNZ					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO	
IDADE	33	LEITO	118-4	DATA	09/10/2018	
ITEM						HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					5 N/D
2	SF 0 9% 500ML S/N EV					7 S/N
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N					5
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS - <i>Laringite - SIC.</i>					—
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8 SE DOR INTENSA					7 14:45
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					7 S/N
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					—
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					—
10	CURATIVO DIÁRIO					<i>Curativo</i>
11	SSVV + CCGG 6/6 H					<i>Rating</i>
12	CEFALOTINA 1 G 6/6HR EV					18 24 00 12
13						
14						
16						

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI,
251-300: 4UI, 301-350: 6UI, 351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML
EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS V.	PA	FC	FR	TEMP	MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MARCOS AGUIAR CRM 1895-RR
6 H	120/60	102	—	36 -	
12 H	116/7	106	-	36.45	
18 H	120/60	113	-	35.5	
24 H	125/11	103	-	36,	

11:30 Paciente no leito, MCP,
cefalotina 1g, ssvv, reu interconexões.
Tarde - Paciente instável. pd. m.c. P.M + ssvv

Mano Moreira Lacerda
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 000 184 DF

Leandro Rodrigues da Silva
Enfermeiro de Enfermagem
COREN-RR 446.673 - AE

NO

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

PREScrição MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	LARISSA KETHELEN OLIVEIRA MENEZES				
AGNÓSTICO	FX/LX TNZ				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	
IDADE	33	LEITO	118-4	DATA	
ITEM					10/10/2018
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	SF 0,9% 500ML S/N EV				S/N
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				S/N
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				<i>Nerólio - SIC</i>
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)				S/N
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	CURATIVO DIÁRIO				<i>Curativo</i>
11	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>Retina</i>
12					
13					
14					
15					
16					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250 2UI;
 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML
 EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MEDICA:

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

MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA
 E TRAUMATOLOGIA
 MARCOS AGUIAR
 CRM 1975-RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Ceará 1111 Barreto, 454 - Rio Branco - RO



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



ÁREA DE SINISTROS - DEPARTAMENTO
DE RORAIMA

15 FEV 2019

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Ceará Alfa Branca, 44 - Boa Vista - RR

PACIENTE Jeronimo V. Mendes, 0 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 28/2/13, COM
DIAGNÓSTICO DE 70

NO DIA 8/3/13, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Artroscopia - M2 () SENDO

OPERADO PELO DR. Waldo Galvao E DR. Bruno F.

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 10/3/13, AS 10:00, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 25/3/13, AS 7h, COM 0
DR. Pateló

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 UNIDADE~~
ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULFA.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
CONSULFA, Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

07/02/2019

Certifico e Dou Pé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

BOA VISTA, (6/10/13)

MÉDICO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0057988/19

Vítima: LARISSA KETHELEN OLIVEIRA MENEZES

CPF: 024.157.272-02

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/09/2018

Titular do CPF: LARISSA KETHELEN
OLIVEIRA MENEZES

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

LARISSA KETHELEN OLIVEIRA MENEZES : 024.157.272-02

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: 15/02/2019
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/02/2019
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 FEV 2019



GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Nilo Braga, 414 - Boa Vista - RR



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 FEB 2019



GENTE SEGURADORA S/A
Av. Ceará, 464 - Boa Vista - RR



18-4-nike
vog
data: 09/09/18

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3300



1801015265	28/09/2018 17:12:27	FICHA DE ATENDIMENTO			TRAUMATOLOGIA			
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	ÁREA DE BEMESTROS - DPVAT			
LARISSA KETHELEN OLIVEIRA MENEZES		18/11/1992	25 A 10 M 10 D	702404575515020	CONTROLE 02415727202 CACDO			
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	
IDENTIDADE	3856089	SSP/RR	20/11/2008	F		PARDA	BOA VISTA - RR	
Mãe					Pai			
ROSIMAR OLIVEIRA DA SILVA					LAURO RICARDO BARBOSA DE MEDEIROS			
Endereço								
RUA - ONDITE DE LIMA PEREIRA - 114 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR								
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira		Validade		GENTE SEGUROADORA S/A		
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE								
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.		Procedência		Temp.	Dia	
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA							
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.				Registrado por:		
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTÂNEA					ANTONIA SOARES		
Queixa-Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
<i>Policlínica, OC. mto fo;</i>								
Anamnese de Enfermagem	GSC AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123450							
<i>A = CVAP + Colar, B = mto fo, S/RA, (mto fo).</i>								
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	<i>Anamnese: Comunicação de sfo alto.</i>							
Exame Físico	<i>O = 66; P = 25; R = mto fo.</i> <i>Ext: dor e edema em braço</i>							
Hipótese Diagnóstica	<i>Alergia a Dipirona</i>							
SADT - Exames Complementares	<input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TCO <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URTICA <input type="checkbox"/> EGG	AFRAZAME <i>17:50</i>						
<i>ALERGIA a Dipirona</i>								
<i>Toxicose 40 - 70</i>								
<i>Rx - fratura fibula</i>								
<i>A osteopatia</i>								
Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência para: <input type="checkbox"/> Data e Hora da Saída/Alta: / / / / / /							
Óbito								
Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não	Destino: () Família	<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica						

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

02415727202 MARISSA KETHENEN O. MENEGES

CBF: 02415727202

Número: 114 Complemento:

Nome completo:

MARISSA KETHENEN OLIVEIRA MENEGES

Profissão: AUTÔNOMA

Endereço:

R. ONDITE DE LIMA PEREIRA

Bairro:

CIDADE SATELITE

Cidade:

BOA VISTA

Estado:

RR

E-mail:

JUANNA.SOUZA71@HOTMAIL.R.COM

CEP: 69.317-538
Tel (DDI): (095)99116.8367

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA (TEUDE NÃO VERIFICADO)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3027

CONTA: 66850

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

15 FEB 2019

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Castro Alves, 114 - Boa Vista - RR

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.

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 apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

MORTE

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas beneficiárias que se apresentarem e provarem esta condição, elizando 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: BOA VISTA, 07/10/2019.

Nome:

CPF:

X Marissa Kethen Oliveira Meneges

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA ESPECIALIZADA - DPE
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO – DAT
“Amazônia: Patrimônio dos brasileiros”



**DECLARAÇÃO COMPLEMENTAR DO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 037/2019/ DELGACIA DE ALTO ALEGRE**

O Sr.^o

NOME: LARISSA KETHELEN OLIVEIRA MENEZES
RG : 385608-9 SSP/RR
SEXO: FEMININO
DATA DE NASCIMENTO: 18/11/1992
TELEFONE: 98404-2376
ENDEREÇO: RUA – ONDITE DE LIMA PEREIRA, 114
BAIRRO: CIDADE SATÉLITE



O comunicante compareceu nesta especializa, para acrescentar/corrigir no Boletim de Ocorrência supracitado os Dados do Veículo e nome do Proprietário:

- PLACA – NAQ 8735;
- CHASSI 9C2KC1680DR010808;
- MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESDI
- FRANCISCO DAS CHAGAS C. OLIVEIRA (PROPRIETÁRIO);



Agente Carcerário de Polícia Civil
Givanildo da Silva Vieira
Matrícula: 042000855

Boa Vista - RR, 07 de Fevereiro de 2019.

LARISSA KETHELEN OLIVEIERA MENEZES
Comunicante

DAT
Confere com original
Data: 07/01/2019

Assinatura





ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA DO INTERIOR
DELEGACIA DE ALTO ALEGRE
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

REGISTRO N° 037/2019

Hora: 14H:50MIN. Data: 18 de Janeiro de 2019

DADOS DO (A) COMUNICANTE:

Nome: **ANTONIO CLEYTON CARNEIRO OLIVEIRA**

Nacionalidade: **BRASILEIRA**

Estado Civil: **SOLTEIRO**

PROFISSÃO: **AGRICULTOR**

Nome do Pai: **ANTONIO MANOEL DE OLIVEIRA**

Nome da Mãe: **MARIA DO LIVRAMENTO MENEZES CARNEIRO**

Identidade: **27594972004-7-MA**

Escolaridade: **MEDIO**

Sexo: **MASCULINO**

CPF: **950.607.902-15**

Naturalidade: **ARAME-MA**

Data de Nascimento: **06/10/1984**

Idade: **34 ANOS**

Endereço: **RUA ONDITE DE LIMA PEREIRA, 114**

Bairro: **CIDADE SATELITE**

Cidade/UF: **BOA VISTA**

Telefone: **99117-5635**

DADOS DA OCORRÊNCIA:

Local do Fato: **RR 343, ALTO ALEGRE\VILA SAMAUAMA**

BAIRRO: **ZONA RURAL**

Cidade: **ALTO ALEGRE**

Hora: **16 HORAS**

Objeto:

DATA: **28/09/2018**

DADOS DO AUTOR / SUSPEITO ou VÍTIMA

Nome:

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: **A TIPIFICAR**

RELATO DO FATO:

SENHOR DELEGADO, COMPARECEU NESTE DEPOL O COMUNICANTE ACIMA QUALIFICADO PARA INFORMA QUE TRAFEGAVA NA RR 343, (ALTO ALEGRE\ VILA SAMAUAMA), COM SUA ESPOSA **LARISSA KETHELEN OLIVEIRA MENEZES**, EM SUA MOTOCICLETA **HONDA TITAN, PLACA NAQ-8735, PRETA, CHASSI 9C2KC1680DR010808**, QUANDO O PNEU TRASEIRO EXTOUROU VINDO PERDER O CONTROLE E CAÍ, NO ACIDENTE SUA ESPOSA FLATUROU A Perna Esquerda (conforme laudo medico)

JOÃO LIVAMAR R. PINHO
AGENTE DE POLICIA

ANTONIO CLEYTON CARNEIRO OLIVEIRA
COMUNICANTE

DESPACHO DO DELEGADO:

- Aguarde novos fatos em cartório;
- Fato Atípico. Arquive-se;
- Encaminhe-se a (o) _____.
- Intime-se _____; Junte-se _____.
- Intime-se Representação da vítima; OM para SO investigar e relatar em _____ dias; Aguardar Representação da vítima; Outros: _____.

Alto Alegre / RR, 18 de Janeiro de 2019.

WESLEY COSTA DE OLIVEIRA
DELEGADO TITULAR/DPAA

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Cipriano Júlio Bezerra, 654 - Boa Vista - RR



RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 156/2018

DADOS GERAIS DE ATENDIMENTO

Viatura	Unidade	Data	H/Transmissão	H/Inicial	H/Final
104	6ºPEL	28/09/2018	16:00	16:00	17:25
Cód./Tipo de Ocorrência	Cód. Providência	Cód. Serv. Prestado	Km/Inicial	Km/Final	
1001	14026	14026	53748	53760	

LOCAL DA OCORRÊNCIA

RR 343 km-06 / Alto Alegre	Nº: s/nº	Zona rural	Referência: km 06
----------------------------	----------	------------	-------------------

PESSOAS RELACIONADAS

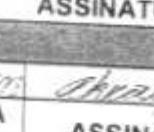
1	(x) solicitante () Vítima () Testemunha	Nome: Valdo Rodrigues		Idade: 52	E. Civil: ---
	Endereço:	Vicinal 9, lote 288 vila Nova	Nº: s/nº	Bairro:	Zona rural
2	() RG / () CPF / () CNH: não porta nenhum documento		Profissão: agricultor		
	(x) Infrator (x) Vítima () Testemunha	Nome: Larissa Ketlen de Oliveira Menezes		Idade: 25	E. Civil: Um. Estável
3	Endereço:	Rua: Ondit Lima Pereira	Nº: 114	Bairro:	Cidade Satélite (Boa Vista)
	() RG / () CPF / () CNH: não portava	15 FEV 2019	Profissão: Dona do lar		
3	() Infrator () Vítima (X) Envolvido	Nome: Antônio Cleiton Carneiro Oliveira		Idade: 33	E. Civil: Um. Estável
	Endereço:	Rua: Ondit Lima Pereira	Nº: 114	Bairro:	Cidade Satélite (Boa Vista)
	() RG / () CPF / (x)CNH: 06740165989		Profissão: Pedreiro		

ARMAS / OBJETOS / VALORES / MATERIAIS APREENDIDOS

HISTÓRICO

Senhor Delegado de Policia Civil de Alto Alegre, informo que fomos comunicado pelo cidadão do item 1, que havia acontecido um acidente de moto na RR 343 quilômetro 6 (seis), deslocamos até o local para a verificação, chegando no local constatamos que o fato tinha acontecido com o item 3 e sua esposa (item 2), que senhor Antônio (item 3), nos relatou que ao trafegar no sentido Alto Alegre a Vila Samaúma, o pneu traseiro da moto em que o mesmo conduzia furou (moto placa NAQ 8735, chassi nº 9c2kc1680dr010808) chegando a cair e sua esposa chegou a machucar a perna esquerda, segundo o mesmo a sua esposa pegou carona até o Hospital de Alto Alegre, ao verificarmos se a mesma estava no hospital fomos informados que não tinha dado entrada nenhuma vítima de acidente de transito.

Era o que tinha a relatar

PAULO ROBERTO FAUSTINO DA SIL VIANA NOME COMPLETO	47000545 MATRÍCULA	SGT QEPPM POSTO/GRAD.	 ASSINATURA
Paulo Roberto da Silvania NOME COMPLETO	387 MATRÍCULA	10/09/2018 CARGO	 DATA ASSINATURA