

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: 000000066850-5

Nr. da Autenticação 37FEA3235F092DBF

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, retorne 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 MENEZES **Data do acidente:** 28/09/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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 MENEZES **Data do acidente:** 28/09/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

ORTOPEDIA

TMT De Tornozelo @

WOBON @ com Pedraza 30000
do 21000 Monist.

id INDEMNIZADO P/ TDO
Cirurgia

Dr. Alberto
Mauricio Ordoñez
Cirurgião de Tornozelo
CRM - RR 16.167
Rua Espelha, 111 - 12503

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 FEV 2019

GENTE SEGURODORA S/A
Av. Capitão João Gueira, 464 - Boa Vista - RR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (93) 2121-0620

AUTENTICAÇÃO

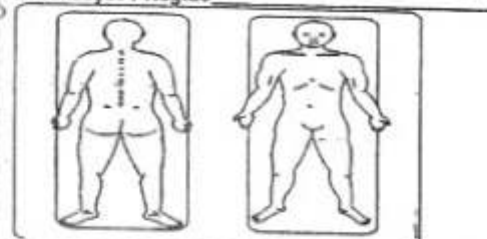
07 FEV 2019

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

Nome: Leiria K. A. Muniz

DATA: 29/09/18

Localização / Região



☒ GRAU - I

☐ GRAU - II

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

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

Característica 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: _____
Em caso de + de 24hs

Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem Vanessa R. Silva 02-

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro Rosineide

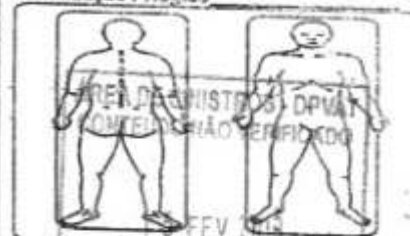
OBS: _____

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

Característica do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo
☐ Tecido necrótico ☐ Escara

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: _____
Em caso de + de 24hs

Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem 01- 02-

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

OBS: _____

04



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

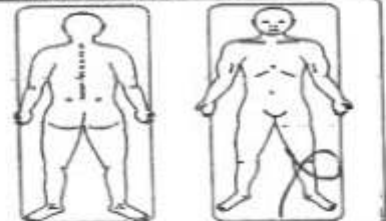
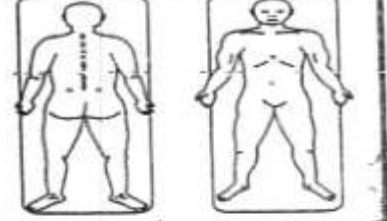
DATA DE ADMISSÃO	DIH			
PACIENTE	LARISSA KETLEM			
DIAGNÓSTICO	fratura de antebraço lateral			
ALERGIAS	DIPIRONA	HAS	DM2	
IDADE	25	LEITO	04	DATA 30/03/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SWD
5	PARACETAMOL 750 MG 6/6 HORAS VO			12-18-24-06
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV DE 8/8h SE DOR INTENSA			SW
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			SW
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8h			16-24-08
9	CCGG+SSV			Rotina
10	CURATIVO DIÁRIO			Realizar
12	AVP			manter
14	Capitot. em 19 (19) 6/6 hr.			12-18-24-06
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:

24-06-18

SINAIS VITAIS	PA	P	TAX	
6 H	120/80	75	36.6	
12 H	103/59	82	36.6	
18 H	122/81	96	36.4	
24 H				

MÉDICO RESPONSÁVEL EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Nome: <u>Janissa H. O. Menezes</u>			
DATA: <u>30-09-18</u>	Localização / Região: <u>MTE</u>	DATA:	Localização / Região:
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II		<input 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 <input type="checkbox"/> Outra: _____	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 Profundidade: _____ cm	Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Aparência do Leito:	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input checked="" type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	Aparência do Leito:	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	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	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	Dor:	<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	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 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: _____	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 checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	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 checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <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 checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	Hora do curativo:	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	<u>Diário</u>	Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	
01- <u>Jucileide Moreira</u> Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 453.954	02- <u>Marina de Almeida N. Viana</u> Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 448.709	01- <u>[Assinatura]</u> Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 448.709	02- <u>[Assinatura]</u> Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 448.709
OBS:		OBS:	

Alérgica à Dipirona

04



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	LARISSA	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SAD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				SUSPENSC
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 SN 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	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).				
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				

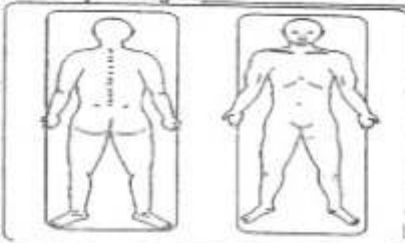

EVOLUÇÃO MÉDICA:

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

SINAIS VITAIS	PR	PP	PP	PP
6 H	110/70	110/70	110/70	110/70
12 H	110/70	110/70	110/70	110/70
18 H	110/70	110/70	110/70	110/70
24 H	110/70	110/70	110/70	110/70

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Josilene S. Galvão
Téc. Enfermagem
COREN-RR 166.332

Nome: <u>Lucas</u>	
DATA: <u>02/10</u> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 
DATA: <u>02/10</u> <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 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
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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca:	
Em caso de + de 24hs	
Cuidado e ass. em Enfermagem Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	01- <u>Rozângela Miguel dos Santos</u> 02- <u>Luciana Silva Rodrigues</u> Ass. de Enfermagem CRP 415.274
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.



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE					
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS					
IDADE		HAS		DM2	
LEITO		DATA			
PRESCRIÇÃO					
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
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 DIÁRIO				
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; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%				
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:					
------------------	--	--	--	--	--

SINAIS VITAIS	TAX	PC	PA	FC
6 H				
12 H	36°C	56	120x62	
18 H	36,2	72	134x84	
24 H				

Dr. Carlos Echeverri Junior
Médico CRM 32197

Nome:

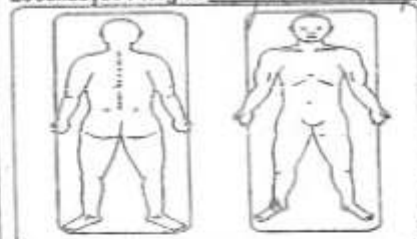
Leizissa Kethellen D. Mendes

DATA: 02/10/15

☒ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região

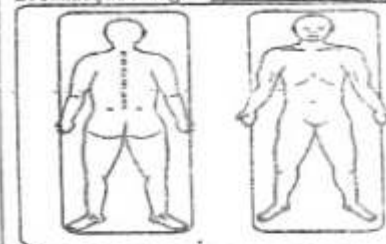


DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

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

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

Tamanho da Ferida:

Comprimento _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade _____ cm

Comprimento _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade _____ cm

aparência do Leito:

☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo
☐ Tecido necrótico

☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo
☐ Tecido necrótico ☐ Escara

Quantidade de Exsudato

☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato:

☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serossanguíneo

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serossanguíneo

Dor:

☒ Sim ☐ Não

☐ Sim ☐ Não

Odor:

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem 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

☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:

☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:

Cobertura primária
(Contato direto na lesão)

☒ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☒ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro:

☐ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro:

Hora do curativo:

☒ Manhã ☐ Tarde

☐ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca:
Intervalo de + de 24hs

03/10/15

Carimbo e ass.
Téc. em Enfermagem

01-

02-

01-

02-

Carimbo e Assinatura
do Enfermeiro

OBS:

OBS:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

IDADE

HAS

DM2

LEITO

DATA

03/10/18

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

AVP

3

CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/5H

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

20

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 VITAIS

6 H

12 H

18 H

24 H

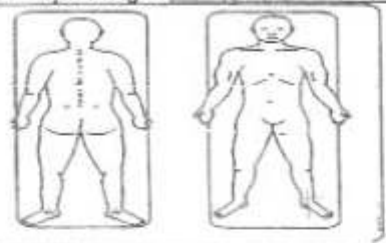
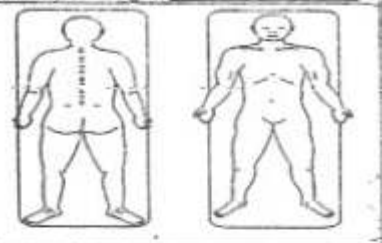
14/10/2018

255
73/36

NE

BLA/338-4

11/20

Nome: <u>Luciana F. T. de A. Almeida</u>	
DATA: <u>03.10.18</u> <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região: <u>01</u> 
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: _____	DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II
Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Localização / Região: <u>02</u> 
Aparência do Leito: <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	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: _____
Quantidade de Exsudato: <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Tipo de exsudato: <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara
Dor: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Quantidade de Exsudato: <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
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	Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo
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: _____	Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Solução para limpeza: <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	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
Cobertura primária (Contato direto na lesão): <input checked="" 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: _____	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: _____
Hora do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	Solução para limpeza: <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	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: _____
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: 01- <u>Maria de Fátima N. Viana</u> Auxiliar de Enfermagem COREN-RN 449.700	Hora do curativo: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
OBS:	Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs
OBS:	Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: 02- <u>Jucilene N. Almeida</u> Auxiliar de Enfermagem COREN-RN 453.554

ALERGICA 17/11/2018 18-14

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	DM?	NÃO
IDADE	33	LEITO		DATA	04/10/2018
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF0,9% 500ML S/N EV				
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				
6	TRAMAL 100mg + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DI. 8/8h SI. DOR INTL NSA				
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					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250, 2UI 251-300; 4UI; 301-350; 5UI 351-400; 8UI ≥ 400 10 UI F. OU GLICOSE: < 70 DL/MI, GLICOSE: 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H					
18 H					
24 H					

MÉDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA
E TRAUMATOLOGIA
MARCOS AGUIAR
CRM 1995 RR

Atividade de Prescrição
Evolução

Prescrição Médica
Tratamento Farmacológico
CORREN-RR 292.369 - TE

Atividade de Prescrição
Evolução

Coordenador Médico de Saúde
CORREN-RR 292.369 - TE

Coordenador Médico de Saúde
CORREN-RR 292.369 - TE

Atividade de Prescrição
Evolução

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					
NOME DO LIXTRZ					
ALIAS	NEGA	HAS	NÃO	SEM	NÃO
IDADE	23	1110		1570	
ITEM					HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5h
2	SI 0,9% 500ML S/N EV				5h
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				13h
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				15h
6	DIAMAL 100MG + SI 0,9% EV C/ 01 CPV 3 8/8h				17h
7	P/ASH 10 mg EV 8/8h (S/N)				19h
8	KALFOLIN 20 mg VO 3x DIA > 180 = 300 PAU > 180 (S/N)				
9	DIPLOFONA GOTAS 40 GOTAS VO 3x DIA				
10	CURATIVO DIÁRIO				
11	SSVV + CCCG 6/6 H				
12					
13					
14					
15					

DIABETEC CORREÇÃO COM INSULINA HI GLIAR (SC) COM DOSE INSULINA 100-250 2UI, 250-300 4UI, 300-350 6UI, 350-400 8UI, > 400 10 UI DO DIABETES < 40 GLIAR GLICOSI 50% 40 MI

AVISAR DIABETES

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	120/80			
12 H				
18 H	140/84			
24 H	115/71			

PRESCRIÇÃO DE ORTOPEDIA
E TRAUMATOLOGIA
MARCOS AGUIAR
CRM 195-RR

Ceandria dos Santos Pereira
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 751.380-TEC

19.07.2017
Verificado

19.07.2017
relatório de

1184

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO			DIE	DN	
PACIENTE	LARISSA KETHELEN OLIVEIRA MENEZES				
CONDIÇÃO	FX/LX TNZ				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DEZ	NÃO
DIAGNÓSTICO	33	LEITO		12/17	
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SAD
2	SFO,9% 500ML S/N EV				S/N
4	TILOXICAM 40 MG EV 01 X DIA				S/N
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				S/N
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV CU 01 G VO DE 8/8h SE DOR > 5/10				S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				S/N
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 100 MMHG				S/N
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				S/N
10	CURATIVO DIÁRIO				at
11	SSVV + CCCC 5/5 H				Renat
12					
13					
14					
15					

SE PRETENDIDO CORRIGIR COM INSULINARIGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250-2UI, 250-300-4UI, 300-350-5UI, 350-400-6UI, > 400-10 UI OU GLICOSE < 70 (X/ML), GLICOSE 50% 40 ML IV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ANIS V	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	106/71	111			MÉDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA MARCOS ALEXANDRE CRM 19758/RJ
12 H	106 X 51	111			
18 H	114 X 60	111			
24 H	120 X 71	111			

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 FEV 2019

GENITE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Batista, 434 - Boa Vista - RJ

Nome: Karissa Ketlen Oliveira Mendes

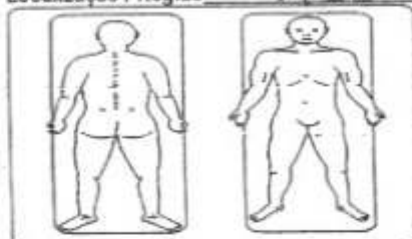
DATA: 06.10

☒ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região

MIE

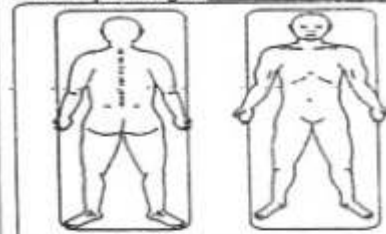


DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ neuropática ☐ cirúrgica ☒ Trauma ☐ outra: trauma

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

Tamanho da Ferida:

Comprimento _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade _____ cm

Comprimento _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade _____ cm

Aparência do Leito:

☒ Tecido de granulação ☐ com esfacelo
☐ Tecido necrótico

☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo
☐ Tecido necrótico ☐ Escara

Quantidade de Exsudato

☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato:

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☒ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serossanguíneo

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serossanguíneo

Dor:

☒ Sim ☐ Não

☐ Sim ☐ Não

Odor:

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

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

Condição da pele
Periférica:

☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras _____

☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras _____

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____

☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____

Cobertura primária
(Contato direto na lesão)

☐ Gaze ☐ Colagenase
☒ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro: _____

☐ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro: _____

Hora do curativo:

☒ Manhã ☐ Tarde

☐ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca:
Intervalo de + de 24hs

alternado

Carimbo e ass.
Téc. em Enfermagem

01- Rozângela Miguel Deodora
Téc. Enfermagem

02- Renata Silva Rodrigues
Aux. de Enfermagem

Carimbo e Assinatura
do Enfermeiro

COREN-RR 629 703

OBS:

OBS:



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

MGR

7 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Laura K. Oliveira

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

do + de fôrma de + fôrma

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

no cirúrgico

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

Ex. clínicos + radiológicos

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

fratura torácica

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIA



24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

ortomente torácica

25 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO PULHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

36 - CNPJ EMPRESA

40 - CNIE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

0408050578
5826
V279

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

8/10/18

8.10.

BOLETIM OPERATÓRIO

Lauren K. Oliveira

Data: 8 / 10 / 18

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura torçã

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO: Osteossíntese torçã (B)

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: Kefir 1g IV

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: J. M. M. M. M.

1º aUXILIAR: Dr. Bruno

2º aUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º aUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS: Fabian

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente sem dor
- 2) Inspeção, sub-inspeção
- 3) Colocação de gesso
- 4) Incisão lateral no torçã
- 5) Dissecção plano cirúrgico
- 6) Reforço de parafusos e compensação interfragmentar
e placa 1/3 curva + 5 parafusos (neutralização)
- 7) Contato osteotômico
- 8) Sutura hemostática
- 9) LMC fixado c/ SF 3/1
- 10) Sutura subcutânea e pele
- 11) Curativo + Laca torçã

Dr. Vitor M. M. M.
Trauma

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (93) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

07 FEV 2019

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


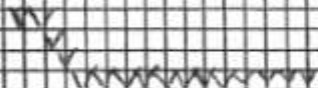
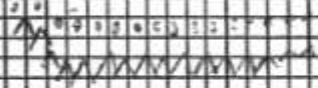

LAARSSA Kethulim Oluvier Mumpuz, 250

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

$\begin{matrix} \text{M2} & 2.5 \text{ mg/L} \\ \text{F01} & 50 \text{ mg/L} \end{matrix} \left\{ \begin{matrix} 17.036 \\ 50.18000000 \end{matrix} \right.$

CF-1

08.0-19

		<div>171530451530452015304521153045</div>																																																
AGENTES	N 25																																																	
	02																																																	
LÍQUIDOS VENOSOS	3	M	P P P P																																															
	6	S	150 150 150 150																																															
	9	E																																																
	12	L																																																
DA	°C	240	FEL 50 20 100 100																																															
X		38	230	100 100 100 100																																														
ULSD		36	200																																															
ANEE		34	180																																															
		32	160																																															
		30	140																																															
		120																																																
TEMP		100																																																
ASPRIL		80																																																
A		60																																																
RESP		40																																																
O		20																																																
	Expt																																																	
	Asat																																																	
	Contro																																																	
SÍMBOLOS		<div>A X B A O B O</div>																																																

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A. 2.5% (10ml) 0.5% (2.5ml)	12.5mg	WHEELER'S LOMBA HIFER -	1. ANESTESIA ANTÉSSICA REGIM LOMBA 4
B.		GRUPO SUTURAS VIA MÍDIA	ALCOOL E HÍPOCLOR
C.		VENTILADOR ESPONJOSO	- INSUFILACÃO PNEUMOS SUBCUTÂNEA -
D.			WAGGON 20 (30ml)
E.			- PUNÇÃO ESPALHO SUBCUTÂNEO L3-L4
F.			MILHA 2.6g.
G.			- INSUFILACÃO SUBCUTÂNEA 0.5% (12.5ml)
H.			2. 9/5/54
I.			
J.			
K.			
L.			
M.			
N.			
O.			
P.			
Q.			
R.			
S.			
T.			
U.			
V.			
W.			
X.			
Y.			
Z.			
AA.			
AB.			
AC.			
AD.			
AE.			
AF.			
AG.			
AH.			
AI.			
AJ.			
AK.			
AL.			
AM.			
AN.			
AO.			
AP.			
AQ.			
AR.			
AS.			
AT.			
AU.			
AV.			
AW.			
AX.			
AY.			
AZ.			
BA.			
BB.			
BC.			
BD.			
BE.			
BF.			
BG.			
BH.			
BI.			
BJ.			
BK.			
BL.			
BM.			
BN.			
BO.			
BP.			
BQ.			
BR.			
BS.			
BT.			
BU.			
BV.			
BW.			
BX.			
BY.			
BZ.			
CA.			
CB.			
CC.			
CD.			
CE.			
CF.			
CG.			
CH.			
CI.			
CJ.			
CK.			
CL.			
CM.			
CN.			
CO.			
CP.			
CQ.			
CR.			
CS.			
CT.			
CU.			
CV.			
CW.			
CX.			
CY.			
CZ.			
DA.			
DB.			
DC.			
DD.			
DE.			
DF.			
DG.			
DH.			
DI.			
DJ.			
DK.			
DL.			
DM.			
DN.			
DO.			
DP.			
DQ.			
DR.			
DS.			
DT.			
DU.			
DV.			
DW.			
DX.			
DY.			
DZ.			
EA.			
EB.			
EC.			
ED.			

applied 17





FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Lorinda Kethelin Oliveira Marques, 25ª		118-H		05/10/18
TIPO		CIRURGIA		
Osteossíntese Frato Tornozelo (E)		INÍCIO	FIM	TEMPO TOTAL
		18:01	18:29	
CIRURGIÃO		EQUIPE MÉDICA		
1º AUXILIAR		ANESTESISTA:		
2º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:		
		INSTRUMENTADOR		
		CIRCULANTE		
TIPO DE ANESTESIA: Rápida		TEMPO DE DURAÇÃO:		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS
1	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 250ml
1	PACOTES GAZE			cateter de 6
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
1	LUVA ESTERIL 7.5			FRASCOS- SORO GLICOSADO
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO VICRYL®
	LUVA ESTERIL 8.5		1	FIO MONONYLON Nº 3.0
1	LUVAS P/PROCEDIMENTOS	m		FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº
1	LÂMINA BISTURIN Nº 11			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
1	DRENO DE SUÇÃO Nº 1 litro			FIO CATGUT SIMPLES Nº
	DRENO DE TORAX Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO PROLENE Nº 12 cores 1/2cm/m
1	SERINGA 01ML		1	FIO SEDAN Nº
1	SERINGA 03ML		1	SURGICEL - propi
1	SERINGA 05 ML		1	GIRA P/OSSO - gorros
1	SERINGA 10ML		1	KIT CATARATAS - máscaras
	SERINGA 20ML			GEOFOAM
				FITA CARDIACA - tecido de clover
				OUTROS: soro fisiológico
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
	Lourenço / Rebeca	SUB- TOT		
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
	José e Lourdes	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: Luciana Kethelen Oliveira Mendes Idade 25

Bloco: _____ Enfermaria _____ Leito: _____

Caixa: Pequenos fragmentos Nº _____

Circulante: loco e + soro Sala 01

Conferência Expurgo CME: _____

Material Utilizado:

placa com os furos		
parafuso cortical	Nº 28	1
11	Esponjoso	Nº 14 1
11	Esponjoso	Nº 20 1
11	Esponjoso	Nº 16 1

Médico Responsável

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME

[illegible]

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

ANTES DA INCISÃO
Anestesiado Dr. Fabiano + Dr. Nilton

Nome: Donna Kethlen O. Mendes
Idade: 30 anos
Sexo: F
Profissão: Enfermeira

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

PACIENTE CONFIRMOU:

() Não se aplica
() Sim () Não se aplica

() Não se aplica
() Sim () Não se aplica

() Não se aplica
() Sim () Não se aplica

() Não se aplica
() Sim () Não se aplica

() Não se aplica
() Sim () Não se aplica

() Não se aplica
() Sim () Não se aplica

() Não se aplica
() Sim () Não se aplica

() Não se aplica
() Sim () Não se aplica

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

() Não (c) Sim, Qual: Penicilina

ALTA AÉREA, DIREÇÃO/ALTO DE ASPIRAÇÃO

() Não

() Sim, e equipamento/assistência disponível

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

() Não

() Sim, e se necessário adequado e planejamento

para fluidos

Dr. Dr. Fabiano + Dr. Nilton
Assinatura: [Assinatura]
Hora: 17:01

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:
X Identificação do paciente
X Sistema cirúrgico
X Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

(X) REVISÃO DO CIRURGIÃO:

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

(X) REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

(X) REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Os materiais necessários, como instrumental, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resumo do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

() Não se aplica

() Sim

Qual: Qual: _____ Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

(X) Sim

() Não se aplica

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
X Sim () Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS
X 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 (X) Não

(X) CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE
(X) Sim () Não () Não se aplica

[Assinatura]
Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Data: 08/10/17 Hora: 17:01

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	12-4	DATA	08/10/2018
ITEM					

1	DIETA ORAL LIVRE					HORÁRIO
2	SFO,9% 500ML S/N EV					SND
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N					SN
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS					24 06
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DI: 8/8h SE DOR INTENSA					23:10
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					SN
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DI: 8/8 h (S/N)					
10	CURATIVO DIÁRIO					Curativo
11	SSVV + CCGG 6/6 H					Medicina
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 OU GLICOSE < 70 D/LMI, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANJONISTA

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 RESIDENTE DE ORTOPEDIA
 E TRAUMATOLOGIA
 MARCOS AGUIAR
 CRM 1995 RR

12hs -> Pct. no leito, sem queixas algicas, realizado troc de AUP, J: 18, em MSE, apêndice SSVV.

19 de 07 Administração: tem 06 após relooker
 de intensão. CPM. verificado do ECG

Camélia dos Santos Pereira
 Técnica de Enfermagem
 COREN-RR 751.380-TEC

Isisete Santos da Silva
 Técnico em Enfermagem
 COREN-RR 903885-TE

ALEXGILIA(SIC)

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	3ND
2	SFO 9% 500ML S/N EV	3SN
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	3
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS - <i>Marajá - SIC</i>	3
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	14:45
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	3SN
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>Punção</i>
11	SSV + CCGG 6/6 H	<i>Rolagem</i>
12	CEFALOTINA 1 G 6/6HR EV	<i>18:24 06:12</i>
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	
6 H	120/60	102	-	36.2	MÉDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MARCOS AGUIAR CRM 3955-RR
12 H	114/72	106	-	36.4	
18 H	120/60	113	-	35.5	
24 H	125/70	105	-	36.0	

11:30 Paciente no leito, MCP,
 Unifur 5 SSV, sem intercorrências
 Tarde - Paciente estável. pd. m.c.p.m + SSV

Maria Márcia de Aguiar
 Auxiliar de Enfermagem
 COREN-RR 006.184-DF

Plantão noturno para noturno paciente no leito
 med. 24h c/ra c/ 1h SSV - *Assista Rodrigues da Silva*
 Auxiliar de Enfermagem
 COREN-RR 446.573-RR

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						
AGNOSTIC FX/LX TNZ						
ALERGIAS		NEGA				
IDADE		HAS		DM2		
33		LEITO		NÃO		
ITEM		118-4		DATA		
				10/10/2018		
1	DIETA ORAL LIVRE					HORÁRIO
2	SF0,9% 500ML S/N EV					SN
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N					SN
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS					Nervo - SIC
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)					SN
8	CARTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					Curativo Retina
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 GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML
 EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	MÉDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MARCOS AGUIAR CRM 1905-RR
6 H					
12 H					
18 H					
24 H					





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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

15 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Contão João Batista, 424 - Boa Vista - RR

PACIENTE Ysmael R. V. Almeida, 21 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 28/1/13, COM
DIAGNÓSTICO DE fratura de fêmur

NO DIA 8/10/13, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE osteotomia SENDO
OPERADO PELO DR. Dr. F. Balduino E DR. Dr. F.

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 10/1/13, ÀS 12:00, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 23/10/13, ÀS 7h, COM O
DR. Dr. Balduino

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 ORIENTAÇÃO DE
ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

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

07 FEV 2019

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

BOA VISTA, 16/12/13

MÉDICO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0057988/19

Vítima: LARISSA KETHELEN OLIVEIRA MENEZES

CPF: 024.157.272-02

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/09/2018

Titular do CPF: LARISSA KETHELEN OLIVEIRA MENEZES

CPF de: Próprio

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

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE RORAIMA

MOLETA DENTRO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 414 - Boa Vista - RR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 80.232 DATA DE EMISSÃO 17/07/2002

NOME LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

USAR COM

ERNESTO ALVES DE SOUZA / LIDIA
PRETIRE AMORIM

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

BOA VISTA-RR 14/03/1971

DOC ORIGEM

CC: 3766 F.260 L.B-12 BOA VISTA-RR.

CPF 294316382 - 15

Ramiro Francisco de Souza Junior

15117116 DE 2006/03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILO CRUZ

Polícia Civil

Larissa Kethelen Oliveira Menezes

CAIXEIRA DE IDENTIDADE

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Oliveira, 494 - Boa Vista - RR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

385608-9 DATA DE EXPEDIÇÃO 20/11/2008

LARISSA KETHELEN OLIVEIRA MENEZES

FILIAÇÃO
LAURO RICARDO BARBOSA DE MENEZES
ROSIMAR OLIVEIRA DA SILVA

NATURALIDADE
BOA VISTA - RR DATA DE NASCIMENTO 18/11/1992

DOC. ORDEM
CERTO NASC 70640-FLS 190V LIV A-101
BOA VISTA - RR

1 VIA

Rita de Cássia Coelho de Araújo
Diretora do IIDC

LEI Nº 7.115 DE 29/04/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
024.157.272-02

Nome
LARISSA KETHELEN OLIVEIRA MENEZES

Nascimento
18/11/1992

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308



1801015265 28/09/2018 17:12:27 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

Paciente: LARISSA KTHELEN OLIVEIRA MENEZES Data Nascimento: 18/11/1992 Idade: 25 A 10 M 10 D CNS: 702404575510020 02415727202

Tipo Doc: Documento Órgão Emissor: SSP/RR Data Emissão: 20/11/2008 Sexo: F Estado Civil: PARDADA Raça/Cor: BOA VISTA - RR Nacionalidade: BRASILEIRA

Mãe: ROSIMAR OLIVEIRA DA SILVA Pai: LAURO RICARDO BARBOSA DE MENEZES

Endereço: RUA - ONDITE DE LIMA PEREIRA - 114 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: GENTE SEGURADORA S/A

Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Data:

Ser: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol.: Registrado por: ANTONIA SOARES

Queixa Principal: Poltrona, ac. moto; ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: AOVAP + Colar, D.O.M.U. + D/RA, curado. GSC: AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL:

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ h): Prurido; C.O. / mais de 5x/dia

Exame Físico: D.D.E.C.G. 35; R.A.M. Ext: dor e edema em tornozelo

Hipótese Diagnóstica: Alergia a Dipirona

SADT - Exames Complementares: ☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URTIA ☐ ECG

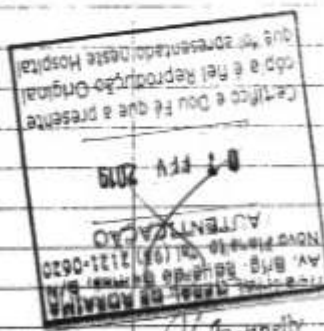
PRESCRIÇÃO: ALERGIA a DIPIRONA. R-x - fratura fêmur. A ortopedia.

AFRAZAMENTO: 17/50

Condição: ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☐ Transferência para: ☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação

óbito: Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Dr. Diogo de M. Botinelly
Cirurgião de Cabeça e Pescoço
CRM-RR 1276 / RQE: 643



Dr. Diogo de M. Botinelly
Cirurgião de Cabeça e Pescoço
CRM-RR 1276 / RQE: 643

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: antonia.soares
Data Hora: 28/09/2018 17:14:51



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: 02415727202 Nome completo da vítima: LARISSA KETHENEN O. MENEZES

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

Nome completo: LARISSA KETHENEN OLIVEIRA MENEZES

Profissão: AUTÔNOMA Endereço: R. ONDITE DE LIMA PEREIRA

Bairro: CIDADE SATELITE Cidade: BOA VISTA Estado: RR

E-mail: LUANNA.SOUZAA71@HOTMAIL.COM

CPF: 02415727202 Número: 114 Complemento: CEP: 69.317-538

Tel (DDD): (045) 99116.8367

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

RENDA MENSAL: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3027 CONTA: 66850

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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.

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: _____

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: 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 àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: BOA VISTA, 07/10/2019.
Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Assinatura do Representante Legal (se houver)
Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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 OLIVEIRA 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 Nº 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 SAMAUMA**

Cidade: **ALTO ALEGRE**

BAIRRO: **ZONA RURAL**

Objeto:

Hora: **16 HORAS**

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 INFORMAR QUE TRAFEGAVA NA RR 343, (ALTO ALEGRE/VILA SAMAUMA), COM SUA ESPOSA **LARISSA KETHELEN OLIVEIRA MENEZES**, EM SUA MOTOCICLETA **HONDA TITAN, PLACA NAQ-8735, PRETA, CHASSI 9C2KC1680DR010808**, QUANDO O PNEU TRAZEIRO EXTOROU VINDO PERDER O CONTROLE E CAÍ, NO ACIDENTE SUA ESPOSA FLATUROU A PERNA ESQUERDA (CONFORME LAUDO MEDICO)

JOÃO LIVAMAR R. PINHO
AGENTE DE POLÍCIA

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. Capão João Guerra, 434 - Boa Vista - RR



DELEGACIA DE ALTO ALEGRE
Av. João XXIII, nº 517 - Centro - Alto Alegre



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA MILITAR DE RORAIMA
COMANDO DE POLÍCIAMENTO DO INTERIOR - CPI
4ª COMPANHIA INDEPENDENTE DE POLÍCIA DE FRONTEIRA - 4ª CIPMFron - SERRA GRANDE
6º PELOTÃO - ALTO ALEGRE
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 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 () Vitima () Testemunha	Nome: Valdo Rodrigues	Idade: 52	E. Civil: ---
	Endereço: Vicinal 9, lote 288 vila Nova	Nº: s/nº	Bairro: Zona rural	
() RG / () CPF / () CNH: não porta nenhum documento		Profissão: agricultor		
2	() Infrator (x) Vitima () Testemunha	Nome: Larissa Ketlen de Oliveira Meneses	Idade: 25	E. Civil: Um. Estável
	Endereço: Rua: Ondit Lima Pereira	Nº: 114	Bairro: Cidade Satélite (Boa Vista)	
() RG / () CPF / () CNH: não portava		Profissão: Dona do lar		
3	() Infrator () Vitima (X) Envolvido	Nome: Antonio 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 Polícia 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 trazeiro 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 trânsito.

Era o que tinha a relatar

PAULO ROBERTO FAUSTINO DA SIL VIANA

NOME COMPLETO

47000545

MATRÍCULA

SGT QEPPM

POSTO/GRAD.

ASSINATURA

RECEBIMENTO

NOME COMPLETO

387

MATRÍCULA

CARGO

DA
TA

ASSINATURA