

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VICENTE ESTEVAO BRITO DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 00000067020-8

Nr. da Autenticação 0B28720ACB5CC2E6

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190363422 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VICENTE ESTEVAO BRITO DE LIMA **Data do acidente:** 05/11/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/07/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO ABDOMINAL COM LESÃO ESPLÊNICA GRAU V.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAPAROTOMIA EXPLORADORA E ESPLENECTOMIA) E ALTA MÉDICA. P4

Sequelas permanentes: AUSÊNCIA CIRÚRGICA DO BAÇO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PERDA ANATÔMICA INTEGRAL DO BAÇO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

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

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190363422

Vítima: VICENTE ESTEVAO BRITO DE LIMA

Data do Acidente: 05/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VICENTE ESTEVAO BRITO DE LIMA

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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Perda integral (retirada cirúrgica) do baço 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: VICENTE ESTEVAO BRITO DE LIMA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000003027

Conta: 0000067020-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

194.274.252-53 Vicente Estevão Rito de Lima

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

Nome completo:

Vicente Estevão Rito de Lima

CPF:
194.274.252.53
Número:
589

Complemento:

Profissão:

Autônomo

Endereço:

Rua Piraioba

Sexo:

Feminino

Estado:

RR

E-mail:

liderboavista.pendencia@hotmail.com

CEP:
69.314.092
TODOS
03991175392

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

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO 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: 67020

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, que é devido a meu direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido. ÁREA DE OUTROS - DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2018

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 ao pedido.

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

SEGURO LIDER

Av. Capitão Dílio Ferreira, 444 - Rio das Ostras - RJ

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: Vivos: _____ Falecidos: _____Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim NãoVítima 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, sendo 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:

Bca vista - RR 27 de Maio 2019

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RÔGO, 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.

527260

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2019

VÍCTIMA SEGUROADORA

Av. Capitão João Barreto, 414 - Boa Vista - RR

Nº: 014292/2019-A01



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/05/2019 11:08 Data/Hora Fim: 13/05/2019 11:09
 Origem: Pessoa Física - Particular Data: 13/05/2019
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
 Data/Hora do Fato: 05/11/2018 19:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
 Logradouro: Vicinal 03
 Complemento: PA Nova Amazônia

Bairro: Zona Rural

Tipo do Local: Área Rural

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: VICENTE ESTEVÃO BRITO DE LIMA (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: CE - Ubajara Sexo: Masculino Nasc: 06/01/1962
 Profissão: Caseiro
 Estado Civil: Solteiro(a)
 Nome da Mãe: Raimunda Nonata de Brito

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 194.274.252-53
 RG - Carteira de Identidade: 387222-0

Endereço

Município: Boa Vista - RR
 Logradouro: Rua Piraíba
 Bairro: Santa Tereza N°: 295
 Telefone: (95) 99156-6690 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante, que não é habilitado, compareceu a esta especialidade para informar que na data, local e hora supracitados, conduzia a MOTOCICLETA HONDA/BIZ 125 ES, PLACA NAP 8583, CHASSI 9C2JC4820CR025582, de propriedade de MARIA PERPETUA TRAJANO DA SILVA, quando na ocasião ao realizar uma curva existente na referida via, veio a perder o controle do veículo vindo a cair, em decorrência da queda veio a sofrer, segundo o comunicante, lesões no baço. Informa ainda que foi conduzido ao HGR para atendimento médico por terceiros e que este registro é somente para fins de SEGURO DPVAT. É o relato.

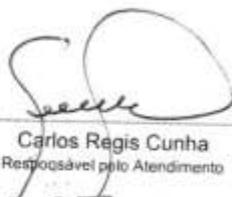


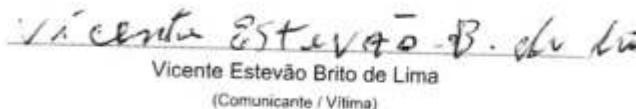
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

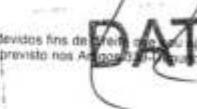
Nº: 014292/2019-A01

ASSINATURAS


Carlos Regis Cunha
Responsável pelo Atendimento


Vicente Estevão Brito de Lima
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins da presente ocorrência que eu (a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 300-3º, Parágrafo 1º, Inciso II, da Constituição Federal e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."


DAT

13 MAIO 2019

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR
MAT. 42000372

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
conteúdo não verificado
04 JUN 2019
VICENTE SEGUROADORA
Avenida Capital, 3600, Bairro: 414 - Boa Vista - RR

Governo do Estado de Roraima 1^a Classificação
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral do Roraima - PAAR / PGRE
Av. União Soviética, Eduardo Gomes, 3306

ATO DECLARATÓRIO

1801031371

05/11/2018 19:25:20

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19- 6

Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
VICENTE ESTEVAO BRITO DE LIMA	06/01/1962	56 A 9 M 30 D	700002067275903	19427425253	Raquel Salaz
Tipo Doc:	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Naturalidade
IDENTIDADE	3872220	SSP RR	09/01/2009	M	BRASILEIRA
Mãe					RAZÃO
RAIMUNDA NONATA DE BRITO					RAZÃO
Endereço					RAZÃO
- REGIAO DO URUBUMZINHO - 470 -- ALTO ALEGRE - RR					RAZÃO
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
OUTROS	URGÊNCIA				Pressão
Selor	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTÂNEA				Registrado por: MARLY
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue				
Obs.: Recebo plantão com paciente seu filha. de entre de.					
Anamnese de Enfermagem	<input type="checkbox"/> GSC TOTAL AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 15				
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 19:40 h)	Ptx britânico de queda de moto seguida de queda de albero (+30 m) res soh de ordem (ho é 2h horas) evaluado com dor abdominal d/puxo e tortura. Seus antec que res no momento. Observei dor intensamente estômico, respiração em raa (sat 98% em ox), hipocorado (3+14+).				
Hipótese Diagnóstica	ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO				
trauma abdômen mal (esplenio).					
SADT - Exames Complementares	<input type="checkbox"/> RAIOS-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:				
PREScrição					
① uso de tiazida contínua. ② AVP → jefos 18 ③ SF 0,9% 2500 ml (EV) vagos.					
APRAZAMENTO					
10:30h 16:16x32 16:30 16:02 732					
OBSERVAÇÃO					
Isabel Filizzola ENFERMEIRA CREF-RR 6794					
Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para:				
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

Impresso por: marly
 Data/Hora: 05/11/2018 19:46:39





Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SOU CODIGO:

2628019-4

Eletrobras Distribuição Roraima
Av Capitão Evaristo Gómez, 801 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.476/0001-41 | Insc. Estadual: 24.607.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 0-1
Regime especial do imposto autorizado pela SEFAZ 368/13

MF da Nota Fiscal: 002.609.976

A Tarifa Social da Energia Elétrica – TSEE foi criada
pela Lei nº 10.420 de 20 de outubro de 2002.

MARÇO/2019 **11/04/2019** **170** **153,13**

FRANCISCO ESTEVÃO LIMA
R. PIRAIBA 529 SANTA TEREZA
CPF: 00003090043220
CEP: 69.314-092 - BOA VISTA

ROT: 6.001.13.15.447100

DADOS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	12860	Abusivo:	26/03/2019		
Anterior:	12690	Anterior:	25/02/2019		
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	25/04/2019		
Consumo Médio:	170	Emissão:	25/03/2019		
Consumo Faturado:	170	Assinatura:	26/03/2019		

NORMAL

29

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Faz.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	11EDM00288N	1516607	1.1.1.1	167

HISTÓRICO kWh:

Mês/ano consumo	DESCRICAÇÃO DA CONTA
FEV/19 160	CONSUMO 170 A R\$ 0,774280 = 131,62
JAN/19 181	ILUMINACAO PUBLICA 21,51
DEZ/18 162	
NOV/18 188	
OUT/18 170	
SET/18 158	
AGO/18 183	
JUL/18 151	
JUN/18 162	
MAI/18 153	
TARIFA EDI TRIBUTOS: 0 A 170 - 0,04220	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2019

SENTE SFGURADORA

Av. Capitão João Barreto, 188 - Boa Vista, RR

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 25/03/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.
SE VOCÊ RECEBE O BOLSA FAMILIA, VOCÊ TEM DIREITO A DESCONTO NA
TARIFA DE ENERGIA, FAÇA O CADASTRO EM NOSSO POSTO DE ATENDIMENTO,
MAIS INFORMAÇÕES, LIGUE PARA 0800 7019 120.

RESERVADO AO FIGO: 0452.01DE.0219.8F37.36DD.030E.3EFC.A13C

COMPONENTES DA CONTA		PROJETOS DE FUTURO	
Descrição:	33,41	Base de Cálculo:	131,62
Enérpin:	70,82	Ajuste ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	22,37
Encargos:	3,67	Valor do PIS:	0,23
Impostos:	23,72	Valor do COFINS:	1,12

F. VIELESTA

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Denize Lorria Pautas inscrito (a) no CPF sob o Nº 792.657.152-100, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Vinicius Estevão Britto de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 194.274.252-53, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Vinicius Estevão Britto de Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 194.274.252-53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Aberdade</u>	<u>Boa Vista</u>	<u>RE</u>	<u>09.309.000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	
<u>liderboavista.pendencia@hotmail.com</u>		<u>(95)99117-5392</u>	

Boa Vista, RR, 27 de Maio de 2019
Local e Data

Denize Lorria Pautas
Assinatura do Declarante

ÁREA DE SISTEMAS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 JUN 2019
MUNICÍPIO SEGURO-DPVAT Av. Capitão João Braga, 484 - Boa Vista - RR

POLICIA

C.G.F

2013-01-04

Actuamos de acuerdo a la orden judicial

a) Reviso + se el impuesto, + las cuentas.

C.D. # C.C.

Soy un ladrón.

S/D Ondes
Fabian



DEPARTAMENTO DE POLICIA
COMARCA DE VALLADOLID

04 JUN 2013

VERIFICACIONES
DE FERIA DE VALLADOLID

BLOCO B

SUS

Sistema Ministerial
Único de
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HCR

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Vicente Estevao Brito de Lima

6 - N.º DO FRONTUÁRIO

163649

7 - DATA DE NASCIMENTO

1906-02-15

8 - SEXO

Masculino

9 - ESTRADA

Parda

10 - RUA/LAIA

11 - NOME DA UNIDADE

Residencial Boa Vista - Belo Horizonte - MG

12 - TELEFONE DE CONTACTO

51 3209-1000

13 - TELEFONE DE PORTARIA

51 3209-1004

14 - ENDERECO (RUA, N.º DE PORTA)

15 - MUNICIPIO - UNIDADE

BOA VISTA

RR

16 - PALETA DE ATENDIMENTO CLÍNICO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Trauma abd contuso com lesão esplênica

00031553001000000000
00031553001000000000

04 JUN 2018

As acima.

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000

00031553001000000000



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA



Boletim Operatório

Nome: Vicente Estevão Brito de Lima

- Diagnóstico Pré-operatório: Trauma abd contuso
- Tipo de intervenção: Laparotomia Exploradora + Esplenectomia
- Diagnóstico Operatório: Lesão esplênica grau V

Cirurgião: Dr Eder
2º Auxiliar: R2 Marcello Santos

Jº Auxiliar: R2 Paulo Victor
Anestesista: Dr Eudes

Descrição Cirúrgica

- 1- Paciente em decúbito dorsal horizontal sob anestesia geral.
- 2- Assepsia, Antissepsia e colocação de campos estéreis.
- 3- Incisão supra umbilical + dírcese por planos até cavidade.
- 4- Inventário:
 - a. Grande quantidade de líquido hemático livre intra-abdominal
 - b. Lesão esplênica grau V com sangramento ativo
 - c. Sem outras lesões
- 5- Realizado:
 - a. Aspiração de conteúdo intra-abd
 - b. Esplenectomia propriamente dita
- 6- Revisão minuciosa de hemostasia - limpeza exaustiva de cavidade
- 7- Confecção de dreno "em dedo de luva" em HCH
- 8- Síntese por planos + dermografismo
- 9- Curativo compressivo

Marcello Santos
Médico Residente
Cirurgião Geral
Cirurgião de Pele

04 JUN 2018

04 JUN 2018

Boa Vista - RR, 05/11/2018.



Boletim Operatório

Nome: Vicente Estevão Brito de Lima

- Diagnóstico Pré-operatório: Trauma abd contuso
- Tipo de intervenção: Laparotomia Exploradora + Esplenectomia
- Diagnóstico Operatório: Lesão esplênica grau V

Cirurgião: Dr Éder
2º Auxiliar: RI Marcello Santos

1º Auxiliar: R2 Paulo Victor
Anestesiista: Dr Eudes

Descrição Cirúrgica

- 1- Paciente em decúbito dorsal horizontal sob anestesia geral.
- 2- Asepsia, Antissepsia e colocação de campos estéreis.
- 3- Incisão supra umbilical - diéresis por planos até cavidade.
- 4- Inventário:
 - a. Grande quantidade de líquido hematico livre intra abdominal
 - b. Lesão esplênica grau V com sangramento ativo
 - c. Sem outras lesões
- 5- Realizado:
 - a. Aspiração do conteúdo intra-abd
 - b. Esplenectomia propriamente dita
- 6- Revisão minuciosa de hemostasia + limpeza exaustiva da cavidade
- 7- Confecção de dreno "em deto de luva" em HCl:
- 8- Síntese por planos + dermonefrose
- 9- Cutâneo oxipressivo



Boa Vista - RR, 05/10/2018.



Boletim Operatório

Nome: Vicente Estevão Brito de Lima

- Diagnóstico Pré-operatório: Trauma abd contuso
- Tipo de intervenção: Laparotomia Exploradora + Espenectomia
- Diagnóstico Operatório: Lesão esplênica grau V

Cirurgião: Dr Éder
2º Auxiliar: R1 Marcello Santos

1º Auxiliar: R2 Paulo Victor
Anestesista: Dr Eudes

Descrição Cirúrgica

- Paciente em decúbito dorsal horizontal sob anestesia geral.
- Ansepsia, Antissepsia e colocação de campos estéreis.
- Incisão supra umbilical + círculo por planos até cavidade.
- Inventário:
 - Grande quantidade de líquido hemático livre intra-abdominal
 - Lesão esplênica grau V com sangramento ativo
 - Sem outras lesões
- Realizado:
 - Aspiração de conteúdo intra-abd
 - b. Espenectomia propriamente dita
- Revisão minuciosa de hemostasia + limpeza exaustiva da cavidade
- Confecção de dreno "em dedo de luva" em HICE
- Síntese por planos + drenagem
- Curativo compressivo



Boa Vista - RR, 05/11/2018.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

S8

NOME DO PACIENTE	APT OU LETTO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
<i>João Batista</i>			<i>05/11/88</i>

TIPO	CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO
	INÍCIO	FIM	TEMPO TOTAL

<i>Ressecção Esplênica</i>		EQUIPE MÉDICA
----------------------------	--	---------------

CIRURGÃO	ANESTESISTA
<i>Dra. Edna</i>	<i>Dra. Edna</i>

1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA
<i>Dr. Paulo</i>	<i>Dra. Marcela</i>

2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR
<i>Dr. W. Pinto</i>	

CIRCULANTE	TEMPO DE DURAÇÃO:	VALOR
<i>Dr. Lúcio, Dr. W. Pinto, Dr. Edna, Dr. Marcela</i>	<i>10:00 - 12:30</i>	<i>R\$ 100,00</i>

TIPO DE ANESTESIA:	QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
--------------------	--------	-----------	-------	--------	--------------	-------

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
<i>10</i>	<i>PCBS COMPRESSAS C/03</i>		<i>11</i>	<i>FRASCOS- SORO FISIOTÓGICO 250 ml.</i>	

UNID.				FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
-------	--	--	--	------------------------------	--

<i>10</i>	<i>PACOTES GAZE</i>			<i>FRASCOS- SORO GLICOSADO</i>	
-----------	---------------------	--	--	--------------------------------	--

<i>10</i>	<i>LUVA ESTERIL 9,0</i>		<i>11</i>	<i>FIO VICRYL N° 11 20 F</i>	
-----------	-------------------------	--	-----------	------------------------------	--

<i>10</i>	<i>LUVA ESTERIL 7,5</i>		<i>11</i>	<i>FIO MONONYLON N° 2/0</i>	
-----------	-------------------------	--	-----------	-----------------------------	--

<i>10</i>	<i>LUVA ESTERIL 6,0</i>		<i>11</i>	<i>FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°</i>	
-----------	-------------------------	--	-----------	----------------------------------	--

<i>10</i>	<i>LUVA ESTERIL 6,5</i>		<i>11</i>	<i>FIO ALGODÃO COM AGULHA N°</i>	
-----------	-------------------------	--	-----------	----------------------------------	--

<i>10</i>	<i>LUVAS P/ PROCEDIMENTOS</i>		<i>11</i>	<i>FIO CATGUT SIMPLES N°</i>	
-----------	-------------------------------	--	-----------	------------------------------	--

<i>10</i>	<i>TÂMINA BISTURI N° 23 1/4</i>		<i>11</i>	<i>FIO CATGUT CRIMADO N°</i>	
-----------	---------------------------------	--	-----------	------------------------------	--

<i>10</i>	<i>DRENO DE SUÇÃO N°</i>		<i>11</i>	<i>FIO PROLENE N°</i>	
-----------	--------------------------	--	-----------	-----------------------	--

<i>10</i>	<i>DRENO DE TORAX N°</i>		<i>11</i>	<i>FIO SEDAN N° grande Unbral 1/2</i>	
-----------	--------------------------	--	-----------	---------------------------------------	--

<i>10</i>	<i>DRENO DE PENROSE N°</i>		<i>11</i>	<i>SURGICET</i>	
-----------	----------------------------	--	-----------	-----------------	--

<i>10</i>	<i>SERINGA 5ML</i>	<i>10</i>	<i>GORE-TEX SOFT (gel vinílico)</i>	
-----------	--------------------	-----------	-------------------------------------	--

<i>10</i>	<i>SERINGA 05 ML</i>	<i>11</i>	<i>KIT CATARATA N° 1/2. L. de Taylor</i>	
-----------	----------------------	-----------	--	--

<i>10</i>	<i>SERINGA 10ML</i>	<i>11</i>	<i>GEOFOAM</i>	
-----------	---------------------	-----------	----------------	--

<i>10</i>	<i>SERINGA 20ML</i>	<i>11</i>	<i>FITA GARDIAGA (gesso)</i>	
-----------	---------------------	-----------	------------------------------	--

<i>10</i>	<i>SERINGA 50ML</i>	<i>11</i>	<i>OUTROS: Seringa, fio, etc N. 16</i>	
-----------	---------------------	-----------	--	--

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
---	--	----------------------------	-------

DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		MATERIAL MEDICAMENTOS	
-------------------------------------	--	-----------------------	--

INSTRUMENTADORA	ENFERMEIRA CIRURGICA	SUB-TOTAL	
-----------------	----------------------	-----------	--

<i>Simone Gab. 10</i>			
-----------------------	--	--	--

FUNCIONARIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA	
----------------------	--------------------	--------------	--

		TAXA DE ANESTESIA	
--	--	-------------------	--

		SOMA	
--	--	------	--

ENVIE ESTE FORMULARIO A CONTABILIDADE



Evolução médica - Cirurgia Geral

DATA: 07/11/2018	DI/HGR: 05/11/18	DN: 06/11/62	ÁREA: Bloco D
NOME: VILÉNIO ESTEVÃO BICALHO	IDADE: 50	LEITO: 202-B	
DATA DA CIRURGIA: 05/11/18		MÉDICO PRECEPTOR:	

Diagnósticos:

TIAZINHA CONVOCADA P/ EXAME DE CONSULTA

Dispositivos:

Antimicrobianos:

Atuais:

Prégressos:

Paciente nega intercorrências clínicas agudas. Deambula. Aceita dieta proposta. Diurese normal, flatus e evacuações presentes.

COM DISFARCE D'AGUA

() CONVOCADO

P/ EXAME DE CONSULTA

Anictérico () ou Ictérico () /4hConsciente () ou Desorientado () ou Sedado ()Aranólico () ou Cianótico ()Somatoscopia: BEG () REG () MLG ()Hidratado () ou Desidratado () /-4Corado () ou Hipocondrado () +1/+4

Cardiovascular:

NRCC em 2T, BNF, sem sopros.

()

Respiratório:

Tórax isoexpansível, som claro pulmonar à percussão, MV + em 2H IX, s/R/A.

()

Neuroológico:

Único e orientado auto e alopseicalmente. Colaborativo. ECG 13. Pupilas isocárticas e isofotorreagentes.

()

ABD:

Plano, normolimpânico, Traube livre, RHA+, flácido, depressível, indolor às palpações superficial e profunda, s/ VMG.

()

Ext:

Perfusão periférica <2s; Pênis amplo e cheio, sem edemas, panturrilhas livres.

()

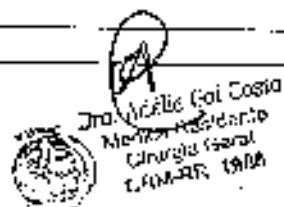
FO:

Limpa e seca. Sem flogose.

()

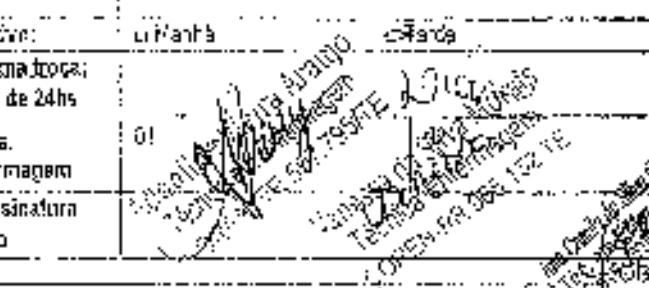
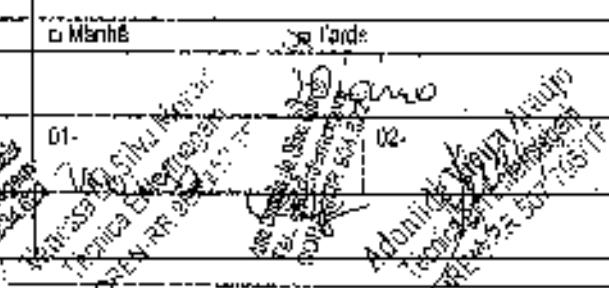
Exames:

Assinatura e carimbo



Sob supervisão.

Issue: Unstable System

DATA: 07-11-16		Localização / Região	
<input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II		 	
		DATA: 07-11	
<input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II		 	
Etiologia: a) Fissão I - II - III - IV a) Venoso, arterial e Diabólica b) Neuropatológico b) Trauma, incisão			
Comprimento: cm Largura: cm Profundidade: cm			
Aparência do Leito: a) Tecido de granulação a) granuloso b) Tecido necrótico <u>Sucoso</u>			
Densidade de Exsudato: a) seco, firme a) firme, pastoso b) úmido, hidratado a) molhado, abundante			
Tipo de exsudato: a) Seroso a) Fibrinoso a) Sanguinolento b) Purulento a) Serossanguíneo			
Dor: <u>Não</u> a) Não			
Odo: a) exalando odor de cobertura a) a beira do lesão b) exalando odor de queijo a) sem odor			
Condição da pele Parafuncional: a) Normal a) Macerada a) seca a) Eritema / Rubor b) Prurido a) Outras _____			
Solução para limpeza: a) Soro Fisiológico 0,9% a) Clorhexidina 1% b) Clorexidina 4% a) Outro: _____			
Cobertura primária (Contato direto na lesão) a) Gaze a) Colagenase b) Flufenase a) Sulfadiazina de Prata c) AGE a) Outro: _____			
Hora do curativo: <u>1 Manhã</u> a) Manhã <u>2 tarde</u> a) tarde			
Data da Proxima troca: Em caso de + de 24hs Carimbos e assinatura do Enfermeiro OSS:			
			
			



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
HGR
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



ALERGIA: NÃO: SIM:

NOME: Vicente Estevão Brito de Lima

LETO: 202 - 3 DATA: 08/11/2018

1 Dieta zero 1a/2a 2a/2b

TRAUMA contuso com lesão esplânica

2 AVP 500mL + NaCl 10% 10mL + KCl 10% 10mL EV 8/8h

HD

3 SG5% 500mL + NaCl 10% 10mL EV 8/8h

24/24

4 Ampicilina + Sulbactam 3g EV de 6/6h

24/24

5 Dipirona 1g EV 4/4h

12/12

6 Tramal 100mg EV 8/8h, 5N

24/24

7 Omeprazol 40mg EV 1x/dia

24/24

8 Captoril 25mg VO sc PAS 2/160 ou PAD 2/10mmHg

24/24

9 Anotar débito e aspecto do dreno

24/24

10 SSVV + CGCG

24/24

11 Raxine 5 mg VO 8/8h (50mg) Dose máxima: 100mg

24/24

12 Raxine 5 mg VO 8/8h (50mg) Dose máxima: 100mg

24/24

13 Raxine 5 mg VO 8/8h (50mg) Dose máxima: 100mg

24/24

14 Raxine 5 mg VO 8/8h (50mg) Dose máxima: 100mg

24/24

15 Raxine 5 mg VO 8/8h (50mg) Dose máxima: 100mg

24/24

16 Raxine 5 mg VO 8/8h (50mg) Dose máxima: 100mg

24/24

17 Raxine 5 mg VO 8/8h (50mg) Dose máxima: 100mg

24/24

SINAIS VITAIS

DETRITO

Insulina Regular

HORARIO

12H

24H

06H

<200

201-250

251-300

301-350

351-400

401-450

451-500

501-550

551-600

601-650

651-700

701-750

751-800

801-850

851-900

901-950

951-1000

1001-1050

1051-1100

1101-1150

1151-1200

1201-1250

1251-1300

1301-1350

1351-1400

1401-1450

1451-1500

1501-1550

1551-1600

1601-1650

1651-1700

1701-1750

1751-1800

1801-1850

1851-1900

1901-1950

1951-2000

2001-2050

2051-2100

2101-2150

2151-2200

2201-2250

2251-2300

2301-2350

2351-2400

2401-2450

2451-2500

2501-2550

2551-2600

2601-2650

2651-2700

2701-2750

2751-2800

2801-2850

2851-2900

2901-2950

2951-3000

3001-3050

3051-3100

3101-3150

3151-3200

3201-3250

3251-3300

3301-3350

3351-3400

3401-3450

3451-3500

3501-3550

3551-3600

3601-3650

3651-3700

3701-3750

3751-3800

3801-3850

3851-3900

3901-3950

3951-4000

4001-4050

4051-4100

4101-4150

4151-4200

4201-4250

4251-4300

4301-4350

4351-4400

4401-4450

4451-4500

4501-4550

4551-4600

4601-4650

4651-4700

4701-4750

4751-4800

4801-4850

4851-4900

4901-4950

4951-5000

Anotações da Enfermagem

ALERTA:

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17.

NC

EVOLUÇÃO MÉDICA - CIRURGIA

| | | | |
|-----------------------------|--------------------|-------------------|---------------|
| DATA: 08/11/2018 | DI/HGR: 05/11/2018 | DN: 06/01/62 | ÁREA: BLOCO B |
| NOME: VICENTE ESTEVÃO BRITO | | IDADE: | LEITO: 202-B |
| DATA DA CIRURGIA: 05/11/18 | | MÉDICO PRECEPTOR: | |
| | | MÉDICO RESIDENTE: | |

Diagnósticos:

TRAUMA CONTUSO + ESPLENECTOMIA

| Dispositivos: | Antimicrobianos: |
|-----------------|--------------------------------|
| SNG: | Acutal: _____ Pregresso: _____ |
| Sonda Vesical: | AMPOLINA + SUSPACTAM |
| Dreno de Tórax: | |
| Outros: _____ | |

(X) Paciente sem queixas, noite sem intercorrências. Diurese, flatos e evacuação +, deambulando com dificuldade, aceita bem a dieta. Nega febre, dor, vômito, diarreia.

(-) Outros: Refere evacuação com muco.

- Exame Físico: DFG (x) REG (-) MLG (-) / Anictérico (x) ou Ictérico (-) /+4
 Hidratado (x) ou Desidratado (-) /+4 / Consciente (x) ou Desorientado (-)
 Corado (x) ou Higocorado (-) /+4 / Aclanótico (x) ou Cianótico (-) /+4

Ap. Cardiovascular

(x) RCR2T, BCNF, sem Sopros

(-) Outros: _____

(-) DVA? Quais: _____

Ap. Respiratório

(x) MV + bilateral, sem Ruídos Adventícios

(-) Outros: _____

ABD.:

(x) Flácido, sem visceromegalos, indolor, RHA +

(-) Outros: _____

Ext.:

(x) Bom perfusão periférica (< 3s); Ausência de edemas; Panturrilhas livre

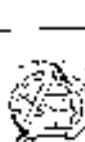
(-) Outros: _____

ID.:

FO: Limpa, seca, sem sinais de flagose ou quaisquer saída de secreções

PROGRAMAÇÃO:
CD.: MANTIDA

melhora analgesia





EVOLUÇÃO MÉDICA - CIRURGIA

| | | | |
|-----------------------------|--------------------|--------------------|---------------|
| DATA: 09/11/2018 | DI/HGR: 05/11/2018 | DN: 06/01/62 | ÁREA: BLOCO B |
| NOME: VICENTE ESTEVÃO BRITO | | IDADE: | LEITO: 202-3 |
| DATA DA CIRURGIA: 05/11/18 | | MÉDICO PRECIPITOR: | |
| | | MÉDICO RESIDENTE: | |

Diagnósticos:

TRATUMA CONTUSO + ESPLENECTOMIA

Dispositivos:

SNG:

Sonda Vesical:

Dreno de Tórax:

Outros:

Antimicrobianos:

Anal:

Progresso:

Paciente sem queixas, noite sem febre/orrônias. Flutuante, flabos e evacuação +, aceita bem a dieta. Negativa febre, dor, vômito, diaréia.

BEG: PRIMARIA/SECUNDÁRIO

Outros: Refere evacuação com muco.

Exame Físico: BEG (x) REG () MEG () / Anfetílico (x) ou Ictérico () /+4

Hidratado (x) ou Desidratado () /+4 / Consciente (x) ou Desorientado ()

Corado (x) ou Hipocorado () /+4 / Aclanótico (x) ou Cianótico () /+4

Ap. Cardiovascular

(x) RCR2T, BCFN, sem Sopros

() Outros:

() DVA? Quais?

Ap. Respiratório

(x) MV + bilateral, sem Ruidos Adventícios

() Outros:

ABD:

(x) Flácido, sem visceromegalias, indolor, RHA -

() Outros:

Ext.:

(x) Bom perfusão peritérnea (< 3s); Ausência de edemas; Panturrilhas livre

() Outros:

ID:

FO: Limpa, seca, sem sinais de flagose ou quaisquer saída de secreções

PROGRAMAÇÃO:

CD: MANUTIDA

Vicente Gómez B. de Lirio

$\rho_2 = 0.9144 \pm 0.03$

บุญลักษณ์ / รอง เจ้า บ้าน

卷之三

340 J. L. V.

| Localização / Região | | Localização / Região | |
|---|---|--|---|
|  |  |  |  |
| | | | |
| DATA: | | DATA: | |
| C - GRAU - I | | C - GRAU - I | |
| F - GRAU - II | | F - GRAU - II | |
| Endereços: | <input type="checkbox"/> Igreja: I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Dilatada <input type="checkbox"/> Circunferencial <input type="checkbox"/> Crônica <input type="checkbox"/> Traumática <input type="checkbox"/> Crônica | <input type="checkbox"/> Pressão: <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Atípica <input type="checkbox"/> Debilitativa | |
| Centro de referência: | <input type="checkbox"/> Corpífero: <input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> Largura: <input type="checkbox"/> cm
<input type="checkbox"/> Hemicílico: <input type="checkbox"/> cm | <input type="checkbox"/> Temperatura: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Atípica <input type="checkbox"/> Fria ou Quente | |
| Características da lesão: | <input checked="" type="checkbox"/> Céu de granulação <input type="checkbox"/> Fim estreito
<input type="checkbox"/> Tecto membranoso | <input type="checkbox"/> Fissura: <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Atípica <input type="checkbox"/> Debilitativa | |
| Qualidade do Pus: | <input type="checkbox"/> seco, mértilo <input checked="" type="checkbox"/> líquido, pouco <input type="checkbox"/> viscoso, abundante
<input type="checkbox"/> amido moderado <input type="checkbox"/> muco, abundante | <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Viscoso <input checked="" type="checkbox"/> Sarcosanguíneo | |
| Signos vasculares: | <input type="checkbox"/> Sim: <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Dilatado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| Odor: | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira da lesão
<input type="checkbox"/> impossível entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> mau odor | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do tatu
<input type="checkbox"/> a evidente no centro da queijo <input type="checkbox"/> mau odor | |
| Coloração da pele e elásticidade: | <input type="checkbox"/> Norma <input checked="" type="checkbox"/> Macrásida <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor
<input type="checkbox"/> Previúdo <input type="checkbox"/> Outras: _____ | <input type="checkbox"/> Norma <input type="checkbox"/> eritematosa <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor
<input type="checkbox"/> Previúdo <input type="checkbox"/> Outras: _____ | |
| Solagens para limpeza: | <input checked="" type="checkbox"/> Álcool Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%
<input type="checkbox"/> Cloraxidina 4% <input type="checkbox"/> Outros: _____ | <input type="checkbox"/> Álcool Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%
<input type="checkbox"/> Cloraxidina 4% <input type="checkbox"/> Outros: _____ | |
| Cobertura palmaria: | <input type="checkbox"/> Géis
<input type="checkbox"/> Fluido
<input type="checkbox"/> AG 7 | <input type="checkbox"/> Colagenase
<input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
<input type="checkbox"/> Outros: _____ | |
| Cartela gráfica na lesão: | | | |
| Notas de curiosidades: | <input type="checkbox"/> Mancha <input type="checkbox"/> Tanto | <input type="checkbox"/> Mancha <input type="checkbox"/> Tanto | |
| Carteira de Próximo Tópico: | | | |
| Permanecida: 0-24hs: |  | | |
| Assinatura da Enfermeira: | 01-02-2018 | 02-02-2018 | |
| Assinatura do Enfermeiro: | | | |

Obs: Acremado à dependência da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Centralize, Sólo para uso interno.



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



2002 - 3

ALERGIA: NÃO: SIM:

NOME: Vicente Estevão Brito de Lima

LEITO: 202-3 DATA: 10/11/2018

SND

HD Trauma contuso com lesão
asplênica

CHFFE: Dr. Édor

Anotações da Enfermagem

1 Dieta livre

TZ 18 24 02 06

TR 32 34

SN

2 AMP

TH 04 02 02 06

QD

3 SG5% 500mL + NaCl10% 10mL + KCl10% 10mL EV 8/8h (SUSP)

TH 04 02 02 06

QD

4 Ampicilina+Sulbactam 3g EV de 5/6h

TH 04 02 02 06

QD

5 Dipirona 1g EV 4/4h

TH 04 02 02 06

QD

6 Tramal 100mg EV 8/8h, SN

TH 04 02 02 06

QD

7 Plasil 10mg IV 8/8h

TH 04 02 02 06

QD

8 Omeprazol 40mg EV 1x/dia

TH 04 02 02 06

QD

9 Captopril 25mg VO se PAS≥160 ou PAD≥110mmHg

TH 04 02 02 06

QD

10 SSWV + CCGG

TH 04 02 02 06

QD

11 Detox pneumonia

TH 04 02 02 06

QD

Medico Responsável

ENTREGUE 06/11/2018

CBMMR: 1928

SINTOS VITAIS

DECRETO

HORA

INJUINA

HORÁRIO

12H

18H

24H

06H

< 20

01H - 5G

PA

< 200

02 UI - SC

201-250

04 UI - SC

251-300

06 UI - SC

301-350

DB UI - SC

351-400

TEMPERATURA

FR

DURESE

EVACUAÇÃO

CURATIVO

EVACUAÇÃO

10 UI - 5G

CHAMAR PIANONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA - CIRURGIA

| | | | |
|-----------------------------|--------------------|-------------------|---------------|
| DATA: 10/11/2018 | DI/HGR: 05/11/2018 | DN: 06/01/62 | ÁREA: BLOCO B |
| NOME: VICENTE ESTEVÃO BRITO | | IDADE: | LEITO: 202-3 |
| DATA DA CIRURGIA: 05/11/18 | | MÉDICO PRINCIPAL: | |
| | | MÉDICO RESIDENTE: | |

Diagnósticos:

TRAUMA CONTUSO + ESPLENECTOMIA

Dispositivos:

SNG:

Sonda Vesical:

Dreno de Tórax:

Outros:

Antimicrobianos:

Agua:

Progresso:

(X) Paciente sem queixas, noite sem intercorrências. Diurese, flatus e evacuação -, deambulando, aceita bem a dieta. Nega febre, dor, vômito, diarréia.

() Outros: Refere evacuação com muco.

Exame Físico: BEG (x) REG () MEG () / Anictérico (x) ou Ictérico () /+4
 Hidratado (x) ou Desidratado () /+4 / Consciente (x) ou Desorientado ()
 Corado (x) ou Hipocorado () /+4 / Asianótico (x) ou Cianótico () /+4

Ap. Cardiovascular

(x) RCR2T, BCNF, sem Sopros

() Outros: _____

() DVA? Quais: _____

Ap. Respiratório

(x) MV + bilateral, sem Ruídos Adventícios

() Outros: _____

04 JUN 2010

ABD.:

(x) Flácido, sem visceromegalias, indolor, RHA +

() Outros: _____

Ext.:

(x) Bom perfusão periférica (<3s); Ausência de edemas; Panturrilhas livre

() Outros: _____

ID.:

FO: Limpá, seca, sem sinais de flogose ou quaisquer saída de secreções

PROGRAMAÇÃO: _____

CD.: MANTIDA

ACTA / DEPARTAMENTO



Dr. Henrique Gai Costa
 Médico Residente
 Clínica Geral
 CRM-RJ 1963

ENVIRONMENT

202-3

Name: Vicente Edwards

Obs: Descrição das peças de SNC situadas na estrada de São Bernardo e
que servem para o seu uso, bem como os gastos com manutenção.

— 1 —

1 A 115 2213



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



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR

NOME: VICENTE ESTEVÃO BRITO DE LIMA

DIH: 05/11/2018

DATA DA ALTA: 10/11/2018

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS: DR ÉDER

04/11/2018

DIAGNÓSTICO

TRAUMA CONTUSO

TRATAMENTO

ESPLENECTOMIA

EVOLUÇÃO

Paciente evoluiu sem intercorrências, sem queixas, desambulando, aceitando bem dieta, bolo duroso, flatos positivos, estando apto a receber alta.

ORIENTAÇÃO

1. Retornar ao pronto socorro se intcorrências:
 - Se apresentar febre persistente a partir de 38°;
 - Náuseas e vômitos
 - Se continuar apresentando dor intensa mesmo com o uso de remédios para dor.
2. Dieta liberada, porém evitando alimentos gordurosos.
3. Não fazer esforços físicos por 30 dias após a alta.
4. Retirar os pontos após 10 dias da cirurgia no posto de saúde.
5. Retornar ao ambulatório de cirurgia geral para acompanhamento com DR. ÉDER no dia **23/11/2018 (SEXTA-FEIRA)** às **08:00h** no Hospital Coronel Mota (HCM). Marcar 3 dias antes da consulta no HCM.

Dr. Adélio Gui Costa
Médico Residente
Cirurgia Geral
CRM-RR 1368

ÁREA DE MINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2010

VICE-DELEGADO
Av. Capital 295 Barreto 444 - Rio Meia, RJ

| | |
|--------------------------------------|-----------|
| CARTA DE IDENTIDADE | |
| VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL | |
| REGISTRO
NÚMERO
PRES. | 3877222-0 |
| DATA DE
EXPEDIÇÃO
09/01/2009 | |
| VICENTE ESTEVÃO BRITO DE LIMA | |
| JOÃO ESTEVÃO DE LIMA | |
| RAFAELA MONATA DE BRITO | |
| UBAJARA - CE | |
| CERTO NASC 15/282 FLS 198 LIV 198 | |
| SANTANEN - PA | |
| 194.274.252-53 | |
| 1 VIA | |
| Assinatura no traseiro | |
| Carteira de Identidade | |
| LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 | |
| P 1 | |

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECHETARIA DO ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DURVAL CRUZ

VICENTE ESTEVÃO BRITO DE LIMA

JOÃO ESTEVÃO DE LIMA

RAFAELA MONATA DE BRITO

UBAJARA - CE

CERTO NASC 15/282 FLS 198 LIV 198

SANTANEN - PA

194.274.252-53

1 VIA

Vicente Estevão B. da Lima

Polegar Direito



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
DENILZE CORREA DANTAS

DOC. IDENTIDADE / ÓRGÃO EMISSOR / UF
3142655 SSP RR

CPF
792.657.152-00 DATA NASCIMENTO
08/03/1979

FILIAÇÃO
JOSE DE SOUZA CORREA
EVANGELINA LOBATO DA SILVA

PERMISSÃO
ACC CAT.HAB.
B

Nº REGISTRO
04953412311 VALIDADE
20/08/2019 1ª HABILITAÇÃO
31/05/2010

OBSERVAÇÕES

Denilze Correa Dantas
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA DATA DE EMISSÃO
25/08/2014

José Luiz Dantas Santos
Diretor - Presidente
DETAN RR
ASSINATURA DO EMISSOR

59564648026
RR207683212

DETAN RR (RORAIMA)

PROIBIDO PLASTIFICAR

905314502

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

905314502



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RR

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 01 00458423777

DENATRAN

Nº 01486243473
EXERCÍCIO
2015

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

RR Nº 01486243473 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2015

074.9 ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatSEGurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

DATA EMISSÃO 19/04/2016

EXERCÍCIO 2015

DATA EMISSÃO 19/04/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.698/0001-04
www.SEGuradoraLider.com.br

MAI / 2014

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2016

ENTE SEGURADORA

Av. Capitão Mário Barreto, 434 - Horizonte - RJ

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Vicente Estevão Brito de Lima
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: Autonomo RG: 3872220 SSP/RR
CPF: 091.074.252-53
ENDEREÇO: Rua Piratini 324 Santa Terezinha

VÍTIMA: Vicente Estevão Brito de Lima
CPF: 091.074.252-53 DATA DO ACIDENTE: 05/11/18
NATUREZA: DAMS INVALIDEZ MORTE

OUTORGADA:

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

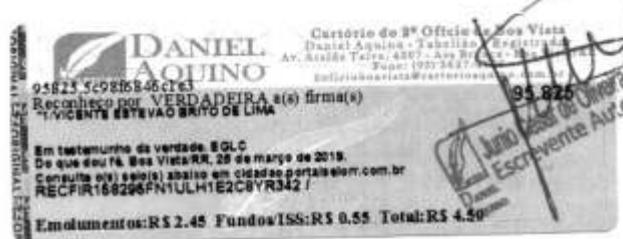
PODERES:

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

Bon Vista RR, 25 de Março de 2019.


Vicente Estevão Brito de Lima
Assinatura

Obs - Reconhecimento per autenticidade.



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2010

DENILZE CORREA DANTAS
Av. Capitão João Barreto, 444 - Rio das Ostras - RJ