

# 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: 22/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.037,50

### \*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELIENE PEREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04252

CONTA: 000000010162-5

---

Nr. da Autenticação 357BF94BB985DE7C

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190422796      **Cidade:** Rorainópolis      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ELIENE PEREIRA DA SILVA      **Data do acidente:** 24/12/2018      **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 17/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** LESÃO CORTO CONTUSA NA FACE. P3  
FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DO JOELHO ESQUERDO. P3  
FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DO TORNOCALCANHAR ESQUERDO. P7  
FRATURA EXPOSTA DO 2º PODODÁCTILO DIREITO. P7

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. P3/4 ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E MODERADO DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO.

**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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
<b>Total</b>			<b>22,5 %</b>	<b>R\$ 3.037,50</b>

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 28 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190422796**      **Vítima: ELIENE PEREIRA DA SILVA**

**Data do Acidente: 24/12/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MAYCON QUARESMA LEITAO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ELIENE PEREIRA DA SILVA**

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\$ 3.037,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

**Recebedor: ELIENE PEREIRA DA SILVA**

**Valor: R\$ 3.037,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000004252**

**Conta: 0000010162-5**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

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

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



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: 5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDDD): 17 - Nome completo do Representante Legal:

702-805 512-40

Eliene Pereira da Silva

202805-512-40

760 RR 693373000

16 - Tel.(DDDD): 95791446695

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

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA:

4252

013

CONTA:

00010562

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir 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 a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE - DPVAT

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o Laudo do Instituto Médico (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, sob a vez que (assinalar uma das opções):

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

10 JUL 2019

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 quantidade de 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.

GENIE SEGURO S/A  
DE CACERES-JN 000000000000-BB-Vida - RPS

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou(a) companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou(a) companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar: 30 - Vítima deixou(a) nasceu(a) herdeiro(s)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou(a) pais/irmãos 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 obrigatoriedade de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Eliene Pereira da Silva

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido:

702-805-512-40

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

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

40 - Local e Data:

Rorainopolis-RR, 04-07-2019  
Eliene Pereira da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):



**ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE RORAINÓPOLIS**

528683

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA:** 1000/19      **DATA:** 18/06/2019      **HORA:** 16:05hs  
**ATENDENTE:** WENDEL FERNANDES SOARES      **DELEGADO (A) TITULAR:** CID GUIMARÃES DA SILVA

**DADOS DO LOCAL DA OCORRÊNCIA**

**DATA:** 24/12/2018      **HORA:** 02:00hs  
**LOCAL:** BR-174, EM FRENTE A PEIXADA DO ARAUJO PARQUE ANMAZONAS RORAINÓPOLIS

**DADOS DO INFRATOR**

<b>NOME:</b> ELIENE PEREIRA DA SILVA	<b>RG:</b> 507167-4 SSP/RR	<b>CPF:</b> 702.805.512-40
<b>DATA DE NASCIMENTO:</b> 28/06/1983	<b>IDADE:</b> 35, ANOS	<b>SEXO:</b> FEMININO
<b>NACIONALIDADE:</b> BERASILEIRA	<b>CIDADE:</b>	<b>UF:</b>

**PAI:** MÃE: ELIZETE PEREIRA DA SILVA

**GRAU DE ESCOLARIDADE:** ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO

**ENDERECO:** RUA - "C" S/Nº SUELÂNDIA RORAINÓPOLIS

**REFERÊNCIA:** POR TRAS DO SUPER LIMA EM FRENTE A IGREJA VIDA ABUNDANTE

**TELEFONE:** 95 99144-6695

**CÓDIGO**  
1001/1003

**INFRAÇÃO**  
TRÂNSITO

**Descrição**  
ACI.TRÂ.LES.COR.DAN.MAT

**BREVE RELATO DO FATO**

Senhor Delegado compareceu nesta Delegacia, o Cidadão acima mencionado, para comunicar que apesar a confraternização de natal resolveu ir com seu companheiro ANTONIO IVANILSON SALES MELO ao posto de combustível Santa Julia na BR-174, para continuar a confraternizar que deslocaram para o local em uma motocicleta HONDA/CG TITAN 125 ES COR PRETA Chassis: 9C2JC30204R006590 RENAVAM-00812705920 em nome de EDILSON DA SILVA SOUSA, conduzida por seu companheiro ANTONIO IVANILSO que tinha a comunicante como garupa que acabou colidindo frontalmente com uma motocicleta HONDA/CG 150 AZUL PLACA NAY-4554, conduzida por ISMAEL FERREIRA DE OLIVEIRA, que todos sofreram lesão corporal grave e foram encaminhados ao PSE pelo Resgate Rua Corpo de Bombeiros Militar, que os veículos foram entregues a familiares, que a polícia militar esteve no local e elaborou o ROP PM nº 2018719, registrasse para fins de seguro DPVAT.

E o que tem a relatar,

WENDEL FERNANDES SOARES  
AGENTE DE POLÍCIA

**ÁREA DE SINISTROS - DPVAT**  
**CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

10 JUL 2019

*Eliene Pereira da Silva*  
ELIENE PEREIRA DA SILVA

COMUNICANTE

**GENTE SEGURADORA RJ**

Av. Presidente Vargas, 100 - Boa Vista - RJ

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fato atípico, arquive-se.   | <input type="checkbox"/> Intimar comunicante | <input type="checkbox"/> Ao S. I. para providências            |
| <input type="checkbox"/> Intimir as partes   | <input type="checkbox"/> Aguardar audiência  | <input type="checkbox"/> Aguardar novos fatos ou representação |
| <input type="checkbox"/> Elabore-se  | art(s)                                       |  |
| <input type="checkbox"/> Encaminhe para outra(s) providencia(s)  |  |  |
| Intimado para dia _____  | as _____                                     | Delegado(a) de Polícia Civil                                   |
| Testemunhas: _____   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Comunicante renúncia ao exercício do direito de queixa, conforme assinatura abaixo: |  |  |
|  | , data _____ / _____ / _____                 | , horário: _____   |

O comunicante fica sujeito aos crimes do art. 339 (denúncia caluniosa) e 340 (comunicação falsa de crime ou de contravenção), ambos do código penal Brasileiro.

O comunicante ao ser intimado deve apresentar documentação do objeto referente a ocorrência

## RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL - ROP

PM

Nr Rop:

2018719

RR

528683

Data: 24/12/2018 Unidade: 3º CIPM Localidade: RORAINÓPOLIS VTR: FT 03 KMI: 15.630 KMF: 15.643 HoraIncial:HoraFinal: 02:00 04:00 Cod Ocor: 1001-1003 CodProv: 13999 Cód ServPrest:

## LOCAL DA OCORRÊNCIA

End: BR 174 FRENTE A A PEIXADA DO ARAÚJO N: S/N Bairro: PARK AMAZÂNIA Referência:

## PESSOAS RELACIONADAS

Envolvido	Nome: ISMAEL FERREIRA DE OLIVEIRA	Idade: 26	Estado Civil: CASADO
Endereço	RUA HILDEMAR P. DE FIGUEIREDO	Nr: S/N	Bairro: CAMPOLÂNDIA Cidade: RORAINÓPOLIS UF: RR
Profissão:	ELETRICISTA	RG:	SSP: CPF CNH: Cat:
Envolvido	Nome: ANTONIO IVANILSON SALES MELO	Idade: 45	Estado Civil: SOLTEIRO
Endereço	RUA C	Nr: S/N	Bairro: SUELÂNDIA Cidade: RORAINÓPOLIS UF: RR
Profissão:	AUTÔNOMO	RG:	SSP: CPF CNH: Cat:
Envolvido	Nome: ELIENE PEREIRA DA SILVA	Idade: 35	Estado Civil: SOLTEIRO
Endereço:	RUA C	Nr: S/N	Bairro: SUELÂNDIA Cidade: RORAINÓPOLIS UF: RR
Profissão:	AUTÔNOMO	RG:	SSP: CPF CNH: Cat:
Envolvido	Nome:	Idade:	Estado Civil:
Endereço:		Nr:	Bairro: Cidade: UF: Cat:
Profissão:	ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	RG:	SSP: CPF CNH: Cat:
Endereço:	ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	Nr:	Bairro: Cidade: UF: Cat:
Profissão:	11 JUN 2019	RG:	SSP: CPF CNH: Cat:
ARMAS, OBJETOS E VALORES RELACIONADOS:			
GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Barreto, 484 - Boa Vista - RR	GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Barreto, 484 - Boa Vista - RR		

Péricles Dias de Araújo

CAP QOCPM

MAT 047001028

CMT da 3º CIPM/PM/CP/PM

MAT 047001028

## HISTÓRICO:

Senhor Delegado de Polícia Civil de Rorainópolis, recebemos uma ligação informando que tinha acontecido um acidente de trânsito no endereço e horário supostos. Constatamos a veracidade do fato, chegamos ao local encontramos as 03 vítimas citadas nos campos (01), (02) e (03) deste ROP caindo no chão e duas motocicletas. Sendo que tinha duas vitimas caídas no meio do usúlio, uma delas, já estava sendo socorrida pelo RESGATE do Corpo de Bombeiros e 3ª vítima estava caída fora estrada, logo em seguida chegou uma Viatura do SAMU que ajudou na remoção das vitimas para o Pronto Socorro do Hospital local. Nenhuma das vitimas repassaram informações do acidente, pelo estatuto que elas se encontravam, mas populares presente no local do acidente, nos informaram que as duas motocicletas envolvidas trafegavam em sentidos opostos. Sendo que a vitima citada no campo 01 (um) deste ROP pilotava em sua motocicleta Honda CG 150 citada no campo 02 (dois) deste ROP, que pilotava sua motocicleta, Honda titan 125 de cor preta Placa NAO 2250, e levava na garupa sua motocicleta a vitima citado no campo 03 (três) deste ROP. Todos as três vitimas caíram com o impacto da batida, ficando gravemente feridas. O Senhor ISMAEL FERREIRA DE OLIVEIRA, teve fraturas expostas na perna esquerda e no pé-esquerdo, o senhor ANTONIO IVANILSON SALES MELO, teve fraturas expostas no braço esquerdo, perna esquerda e 03 (três) desdos dentes entre que os familiares das vitimas, não foram removidos por falta de meios legais legais.

Dante do ocorrido, faço a entrega deste Relatório a esta delegacia de Polícia Civil para conhecimento e providências legais legais.

## RELATOR

Posto/Grad: Nome Completo:

Matrícula:

Lotação:

ST QPC PM RIVELINO GUEDELHA PINHEIRO

47000048

3º CIPMFront

## RECEBIMENTO

AK



PA 80170

**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO**  
**BR 174 - KM 461 - BAIRRO JARDIM TROPICAL**  
**CNPJ: 05.370.016/0001-00**

**ATO DECLARATÓRIO**

1000085801 24/12/2018 03:08:02		FICHA DE ATENDIMENTO		CLINICA MEDICA		NOTURNO 19-07		
Paciente <b>ELIENE PEREIRA DA SILVA</b>	Documentos IDENTIDAD MÃE	Data Nascimento <b>28/06/1983</b>	Idade <b>35 A 5 M 26 D</b>	CNS	CPF	Prontuário		
Tipo Doc Documento	Árgão Emissor	Data Emissão Pai	Sexo <b>F</b>	Estado Civil <b>Raça/Coração</b>	Naturalidade <b>PARDA</b>	10 JUL 2019		
Endereço <b>RUA - C - SUELINDIA - RORAINOPOLIS -</b>				Contatos ---		GENTE SEGURADORA S/A		
Class. de Risco	Plano Convenio	N da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	11 Capitão João Dizerra, 414 - Boa Vista - RR		
<b>SUS - SISTEMA ÑÔNICO DE SAÚDE</b>								
Motivo do Atendimento <b>SPA - PRONTO ATENDIMENTO</b>	Caráter do Atendimento <b>URGÊNCIA</b>	Profissional do Atend.	Procedencia	Temp.	Peso	Pressão		
Setor	Tipo de Chegada <b>DEMANDA ESPONTANEA</b>	Procedimento Sol.		Registrado por: <b>ADENILSON.LIMA</b>				
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> SAndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintoma Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						
Anamnese de Enfermagem		GSC				TOTAL		
		AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456						
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)		<b>AREA DE SINISTROS - DPWAT</b> CONTEÚDO NÃO VERIFICADO						
<p><i>Baiente que subiu quente de mola o ventre e zumbi e febre. O sono teve alívio muito da. O sono roncos de estômico.</i></p>								
Exame Físico	<p><i>Q/R: 11 U.S.C.Q. mês anterior</i>  <i>SHC: R.C.R de hor. sono é intensa</i>  <i>SNC: ECG: 14 batidos.</i></p>					11 JUN 2019		
Hipótese Diagnóstica	<p><i>Suspeita de infecção</i>  <i>Onadmo HJE</i></p>					GENTE SEGURADORA S/A 11 Capitão João Dizerra, 414 - Boa Vista - RR		
SADT - Exames Complementares		<input checked="" 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		APRAZAMENTO				OBSERVAÇÃO		
① Desinfecção (28) 1A qd	UAS / 11.016/0001-00							
② Tensão arterial (40, ) 2A qd 3.25	HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO				PA 140x64 SP 100			
③ SFQ, 9% 500.0 + 4q. 6H 50) qd. BR 174 - Km 468	CEP: 69.370-970				P. 97			
④ Observações no medicamento	RORAINOPOLIS							
⑤ Curativo das feridas								
Conduta	<input checked="" type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revisão <input type="checkbox"/> Transferência para:				Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / : /			
Ábito	<input checked="" type="checkbox"/>				com origina			
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Destino: <input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica Dr. Ivan Carlos Coimbra <input type="checkbox"/> Médico						
Assinatura do Paciente ou Responsável		Carimbo e Assinatura do Médico						
<input type="checkbox"/> eu Declaro que fui atendido / Cray. co. Jatal. Rondinele O. da Silva Assist. Adm. / H.R.S.G.O.S.P. Mat. 044000749		 1000085801						



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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu MAYCON GUARCSMA LEITÃO inscrito (a) no CPF 959241242-115 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ELIENE PERCIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o N° 702805512140, do sinistro de DPVAT cobertura INVA LIBEZ da Vítima ELIENE PERCIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o N° 702805512140 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.  
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Cidade	Número	Complemento
R. SANTA CLARA	BOA VISTA	593	6959
Bairro CENTENÁRIO		Estado ROAIMA	CEP 69.312-635
Email <u>mayconlctao_55@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	195/99113-3533

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 JUN 2019

BOA VISTA - RR, 10 de JUNHO de 2019

Local e Data

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 JUL 2019

Assinatura do Declarante

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR  
UDRL001/V001/2017

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
HOSPITAL REGIONAL SUL - GOVERNADOR CICOMAR DE SOUSA PINTO  
BR 174 - KM 461 - BAIRRO JARDIM TROPICAL  
(CNPJ: 03.270.018/001-01)

1500060501 24/12/2019 13:35:32

FICHA DE ATENDIMENTO

## FICHA DE ATENDIMENTO

2023-2024 Measuring Up - Grade 3

Rondinelle O/da SIV3  
assis<sup>st</sup> Adm. H.R.S.G.O.S.P  
Tel. 045000749

holho abilco, ferente curvo alto

Fractura diafisica exposta.

Joelho ♀ + luxo instavel  
T.M. + fract. exp. c° P.O.

do Cervico exp. 100

\* Visceral exqual

Pct. por accidente automobilistico, motor x motor.

Fractura de MTS a L6/S1 en Alavaca Esquerda, ambas resolidas.  
A presion ten sacadas elomatos por resequi, hemicr., cr. uestos de  
sangue. No examinado. OVAS operivas. HVO n.l. c/ Dca espansio-  
nabilidad, pulsos claros, normotensa; CCS15, pupilas isofotonas, eq,  
ABD firme e indolor.

Alta da anamnesis geral.

- Outro exame visto p/ Diagnose

Dr. Celso Mendes  
Clínico Geral  
celular: 1591/7026496

Confere  
com origina.

Rondinete O. da Silva  
Ass. Adm. / H.R.S.G.O.S.P.  
Mat. 044060749

CEP: 69.370-970  
RUA 131 913 - 43  
Bairro: RIO GRANDE SUL  
Cidade: RONAINÓPOLIS  
Bairro: KM 468  
CEP: 69.370-970  
RR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ÁREA DE SINISTROS - DIPMAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 JUL 2019

DOLETIM OPERATÓRIO

GENTE SEGURODORA S.A.  
Sociedade de Seguros do Brasil - RS

DOLETIM OPERATÓRIO	ÁREA DE SINISTROS - DIPMAT CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
Data: 28/07/19	11 JUN 2019
GENTE SEGURODORA S.A. Av. Getúlio Vargas, 101 - São Paulo - SP	

Eliane P. Reis

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIA:

AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

Ronaldo V. da Silva

Assist. Adm. FHERGOSP  
Mat. 044000749

RELATÓRIO CIRÚRGICO

05/07/2019-01-00

HOSPITAL REGIONAL SUL

02 - DEPARTAMENTO DE ORTOPEDIA

Br. 174 - Kit 468

CEP: 69.370-970

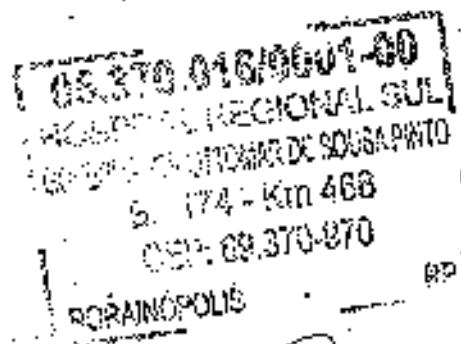
RORAINÓPOLIS

RR

Pt. m. Dr. Antônio Henrique Salles  
sobr. e filhos:  
Preparo / histeroscopia - c/o operação  
Encontrado Pachink libra aderida  
à alça gênital (lado x lado) com probabilidade  
de rotura da joelha agudo, com risco de instável  
fisiológico (caso). Procedendo ao tratamento  
imediato com o uso de fármacos e gomas.  
Acionando enzimas, amido e fibras  
com auxílio de TNC rotulada, proteção  
mucosa e gel de hidrogel. No final da  
intervenção o resultado de JFO é obtido com  
uma taxa de exame de 95%.

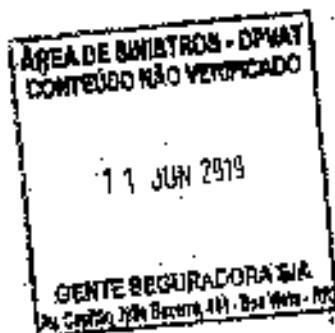
- ⑤ Controle de danos: recuperação  
 e estabilização da fachada do prédio  
 anexo, janelas e portas de alumínio.  
 ⑥ Craterosa quebra entre o telhado  
 ⑦ Salvar / calar / M.R.S.

# Bres. Cidade de R.P.A., área  
 do CT para monitorar e controlar  
 incêndio.



  
 Confere  
 com origina.

  
 Rondonete O. da Silva  
 Assis. Adm. / H.R.S.G.O.S.P  
 Mat. 064000749





# BLOCO A

AHs: (Evasão) 15.01.19.

Sistema Único de  
Saúde  
**HUS** Ministério da  
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
DE INTERNAÇÃO  
CONTENDO NOVOS DADOS

1. Atenção ao atendimento de saúde  
2. Atendimento de saúde sóritante

3. Atendimento de saúde sóritante

**HGR**

1. PERTENCE DO PACIENTE

2. NOME DO PACIENTE

3. ENDERECO DO PACIENTE

4. FONE DE CELULAR DO PACIENTE  
**7.0 10 40 64 05 18 61 51 42**

5. NOME DO PAPEL

6. DATA DA FOTO DE REFERÊNCIA

7. PONTOS DE REFERÊNCIA  
8. JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

9. PONTOS DE REFERÊNCIA ALTERNATIVAS

**Justiça - luxoço na pele de joelhos E + Justiça +  
luxoço de tarsalgia E + Justiça El poster ou 2º POM**

10. ÁREA DE REFERÊNCIA - DMAT  
CONSULTA UNIPREMIADA

11. DOCUMENTOS QUE DISTINGUEM O INTERNADO

**Justiça Cirurgia**

12. PRINCIPAIS FOCOS DE PRIMAVERA MAGNETICA (NEUTROFILAS) E SÍNCRONAS

13. SÉNTES SEGURO-RÁFRIA  
14. CENSO DE POPULAÇÃO - 2010

15. ATENDIMENTO PRESTADO

16. ATENDIMENTO PRESTADO

17. ATENDIMENTO PRESTADO

18. ATENDIMENTO PRESTADO

19. ATENDIMENTO PRESTADO

20. ATENDIMENTO PRESTADO

21. ATENDIMENTO PRESTADO

22. ATENDIMENTO PRESTADO

23. ATENDIMENTO PRESTADO

24. ATENDIMENTO PRESTADO

25. ATENDIMENTO PRESTADO

26. ATENDIMENTO PRESTADO

27. ATENDIMENTO PRESTADO

28. ATENDIMENTO PRESTADO

29. ATENDIMENTO PRESTADO

30. ATENDIMENTO PRESTADO

31. ATENDIMENTO PRESTADO

32. ATENDIMENTO PRESTADO

33. ATENDIMENTO PRESTADO

34. ATENDIMENTO PRESTADO

35. ATENDIMENTO PRESTADO

36. ATENDIMENTO PRESTADO

37. ATENDIMENTO PRESTADO

38. ATENDIMENTO PRESTADO

39. ATENDIMENTO PRESTADO

40. ATENDIMENTO PRESTADO

41. ATENDIMENTO PRESTADO

42. ATENDIMENTO PRESTADO

43. ATENDIMENTO PRESTADO

44. ATENDIMENTO PRESTADO

45. ATENDIMENTO PRESTADO

46. ATENDIMENTO PRESTADO

47. ATENDIMENTO PRESTADO

48. ATENDIMENTO PRESTADO

49. ATENDIMENTO PRESTADO

50. ATENDIMENTO PRESTADO

51. ATENDIMENTO PRESTADO

52. ATENDIMENTO PRESTADO

53. ATENDIMENTO PRESTADO

54. ATENDIMENTO PRESTADO

55. ATENDIMENTO PRESTADO

56. ATENDIMENTO PRESTADO

57. ATENDIMENTO PRESTADO

58. ATENDIMENTO PRESTADO

59. ATENDIMENTO PRESTADO

60. ATENDIMENTO PRESTADO

61. ATENDIMENTO PRESTADO

62. ATENDIMENTO PRESTADO

63. ATENDIMENTO PRESTADO

64. ATENDIMENTO PRESTADO

65. ATENDIMENTO PRESTADO

66. ATENDIMENTO PRESTADO

67. ATENDIMENTO PRESTADO

68. ATENDIMENTO PRESTADO

69. ATENDIMENTO PRESTADO

70. ATENDIMENTO PRESTADO

71. ATENDIMENTO PRESTADO

72. ATENDIMENTO PRESTADO

73. ATENDIMENTO PRESTADO

74. ATENDIMENTO PRESTADO

75. ATENDIMENTO PRESTADO

76. ATENDIMENTO PRESTADO

77. ATENDIMENTO PRESTADO

78. ATENDIMENTO PRESTADO

79. ATENDIMENTO PRESTADO

80. ATENDIMENTO PRESTADO

81. ATENDIMENTO PRESTADO

82. ATENDIMENTO PRESTADO

83. ATENDIMENTO PRESTADO

84. ATENDIMENTO PRESTADO

85. ATENDIMENTO PRESTADO

86. ATENDIMENTO PRESTADO

87. ATENDIMENTO PRESTADO

88. ATENDIMENTO PRESTADO

89. ATENDIMENTO PRESTADO

90. ATENDIMENTO PRESTADO

91. ATENDIMENTO PRESTADO

92. ATENDIMENTO PRESTADO

93. ATENDIMENTO PRESTADO

94. ATENDIMENTO PRESTADO

95. ATENDIMENTO PRESTADO

96. ATENDIMENTO PRESTADO

97. ATENDIMENTO PRESTADO

98. ATENDIMENTO PRESTADO

99. ATENDIMENTO PRESTADO

100. ATENDIMENTO PRESTADO

101. ATENDIMENTO PRESTADO

102. ATENDIMENTO PRESTADO

103. ATENDIMENTO PRESTADO

104. ATENDIMENTO PRESTADO

105. ATENDIMENTO PRESTADO

106. ATENDIMENTO PRESTADO

107. ATENDIMENTO PRESTADO

108. ATENDIMENTO PRESTADO

109. ATENDIMENTO PRESTADO

110. ATENDIMENTO PRESTADO

111. ATENDIMENTO PRESTADO

112. ATENDIMENTO PRESTADO

113. ATENDIMENTO PRESTADO

114. ATENDIMENTO PRESTADO

115. ATENDIMENTO PRESTADO

116. ATENDIMENTO PRESTADO

117. ATENDIMENTO PRESTADO

118. ATENDIMENTO PRESTADO

119. ATENDIMENTO PRESTADO

120. ATENDIMENTO PRESTADO

121. ATENDIMENTO PRESTADO

122. ATENDIMENTO PRESTADO

123. ATENDIMENTO PRESTADO

124. ATENDIMENTO PRESTADO

125. ATENDIMENTO PRESTADO

126. ATENDIMENTO PRESTADO

127. ATENDIMENTO PRESTADO

128. ATENDIMENTO PRESTADO

129. ATENDIMENTO PRESTADO

130. ATENDIMENTO PRESTADO

131. ATENDIMENTO PRESTADO

132. ATENDIMENTO PRESTADO

133. ATENDIMENTO PRESTADO

134. ATENDIMENTO PRESTADO

135. ATENDIMENTO PRESTADO

136. ATENDIMENTO PRESTADO

137. ATENDIMENTO PRESTADO

138. ATENDIMENTO PRESTADO

139. ATENDIMENTO PRESTADO

140. ATENDIMENTO PRESTADO

141. ATENDIMENTO PRESTADO

142. ATENDIMENTO PRESTADO

143. ATENDIMENTO PRESTADO

144. ATENDIMENTO PRESTADO

145. ATENDIMENTO PRESTADO

146. ATENDIMENTO PRESTADO

147. ATENDIMENTO PRESTADO

148. ATENDIMENTO PRESTADO

149. ATENDIMENTO PRESTADO

150. ATENDIMENTO PRESTADO

151. ATENDIMENTO PRESTADO

152. ATENDIMENTO PRESTADO

153. ATENDIMENTO PRESTADO

154. ATENDIMENTO PRESTADO

155. ATENDIMENTO PRESTADO

156. ATENDIMENTO PRESTADO

157. ATENDIMENTO PRESTADO

158. ATENDIMENTO PRESTADO

159. ATENDIMENTO PRESTADO

160. ATENDIMENTO PRESTADO

161. ATENDIMENTO PRESTADO

162. ATENDIMENTO PRESTADO

163. ATENDIMENTO PRESTADO

164. ATENDIMENTO PRESTADO

165. ATENDIMENTO PRESTADO

166. ATENDIMENTO PRESTADO

167. ATENDIMENTO PRESTADO

168. ATENDIMENTO PRESTADO

169. ATENDIMENTO PRESTADO

170. ATENDIMENTO PRESTADO

171. ATENDIMENTO PRESTADO

172. ATENDIMENTO PRESTADO

173. ATENDIMENTO PRESTADO

174. ATENDIMENTO PRESTADO

175. ATENDIMENTO PRESTADO

176. ATENDIMENTO PRESTADO

177. ATENDIMENTO PRESTADO

178. ATENDIMENTO PRESTADO

179. ATENDIMENTO PRESTADO

180. ATENDIMENTO PRESTADO

181. ATENDIMENTO PRESTADO

182. ATENDIMENTO PRESTADO

183. ATENDIMENTO PRESTADO

184. ATENDIMENTO PRESTADO

185. ATENDIMENTO PRESTADO

186. ATENDIMENTO PRESTADO

187. ATENDIMENTO PRESTADO

188. ATENDIMENTO PRESTADO

189. ATENDIMENTO PRESTADO

190. ATENDIMENTO PRESTADO

191. ATENDIMENTO PRESTADO

192. ATENDIMENTO PRESTADO

193. ATENDIMENTO PRESTADO

194. ATENDIMENTO PRESTADO

195. ATENDIMENTO PRESTADO

196. ATENDIMENTO PRESTADO

197. ATENDIMENTO PRESTADO

198. ATENDIMENTO PRESTADO

199. ATENDIMENTO PRESTADO

200. ATENDIMENTO PRESTADO

201. ATENDIMENTO PRESTADO

202. ATENDIMENTO PRESTADO

203. ATENDIMENTO PRESTADO

204. ATENDIMENTO PRESTADO

205. ATENDIMENTO PRESTADO

206. ATENDIMENTO PRESTADO

207. ATENDIMENTO PRESTADO

208. ATENDIMENTO PRESTADO

209. ATENDIMENTO PRESTADO

210. ATENDIMENTO PRESTADO

211. ATENDIMENTO PRESTADO

212. ATENDIMENTO PRESTADO

213. ATENDIMENTO PRESTADO

214. ATENDIMENTO PRESTADO

215. ATENDIMENTO PRESTADO

216. ATENDIMENTO PRESTADO

217. ATENDIMENTO PRESTADO

218. ATENDIMENTO PRESTADO

219. ATENDIMENTO PRESTADO

220. ATENDIMENTO PRESTADO

221. ATENDIMENTO PRESTADO

222. ATENDIMENTO PRESTADO

223. ATENDIMENTO PRESTADO

224. ATENDIMENTO PRESTADO

225. ATENDIMENTO PRESTADO

226. ATENDIMENTO PRESTADO

227. ATENDIMENTO PRESTADO

228. ATENDIMENTO PRESTADO

229. ATENDIMENTO PRESTADO

230. ATENDIMENTO PRESTADO

231. ATENDIMENTO PRESTADO

232. ATENDIMENTO PRESTADO

233. ATENDIMENTO PRESTADO

234. ATENDIMENTO PRESTADO

235. ATENDIMENTO PRESTADO

236. ATENDIMENTO PRESTADO

237. ATENDIMENTO PRESTADO

238. ATENDIMENTO PRESTADO

239. ATENDIMENTO PRESTADO

240. ATENDIMENTO PRESTADO

241. ATENDIMENTO PRESTADO

242. ATENDIMENTO PRESTADO

243. ATENDIMENTO PRESTADO

244. ATENDIMENTO PRESTADO

245. ATENDIMENTO PRESTADO

246. ATENDIMENTO PRESTADO

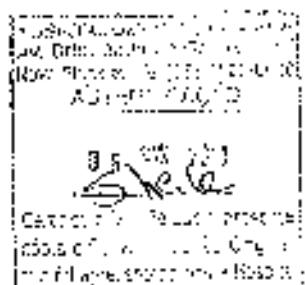
247. ATENDIMENTO PRESTADO

248. ATENDIMENTO PRESTADO</p

**GUIA DE ENCAMINHAMENTO - SADT**

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO DE PRIMEIRA LINHA

<input type="checkbox"/> ANÁLISES CLÍNICAS	<input type="checkbox"/> RADIOLÓGIA	<input type="checkbox"/> OUTROS	PRONTUÁRIO N°
Nome do paciente	Data de nascimento		(Identificação)
Endereço	Cidade		UF Telefone
Hipótese diagnóstica	Fratura exposta do ilíaco + profunda lâmina instant tibial + profunda lâmina		
Área ou segmento a ser examinado	Foto contida no anexo		
Exames ou serviços solicitados			
Assinatura, nome e carimbo do médico		Data de emissão	
Assinatura e carimbo		Unidade solicitante	
Autorização, quando necessário		Encaminhado para	
Assinatura e carimbo		Emissário	
Paulo Henrique Xass Filho Médico CRM-RR 2068		Cidade UF	
ESTA GUIA TEM VALIDADE POR 30 (TRINTA DIAS) A PARTIR A DATA DE SUA EMISSÃO			



104-2  
Silvane Pereira

ok

104-2

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



DATA DE ADMISSÃO	DIH	IDN
PACIENTE	Edilene Pereira da Silveira	
DIAGNÓSTICO	ELIENE	HAS
ALERGIAS	S/N	
IDADE	LEITO	DATA
ITEM	PREScrição	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	S/N
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO + SF 0,9% 500ML (C/)	10/11/18 06
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H (5ml/peça)	-
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	22° 22° 00
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	18° 22° 00
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/61 SE DOR INTENSA	S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N	S/N
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	S/N
10	SSVV + CGGG 6/6 H	rotina
11	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG	S/N
12	CURATIVO DIARIO	22° 00
13	Glucagona 500 mcg S/I.A.	22° 00
14	Lipase 10000 UI VO 1000ML Hora	22° 00
15	Glucagona 500 mcg S/I.A.	22° 00
16	Lipase 10000 UI VO 1000ML Hora	22° 00
17		
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DM/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	
19		
20		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

No humor.

Exame: ...  
Data: ...  
Assinatura: ...

...  
Assinatura: ...

PA P T

SINAIS VITAIS			
6 H	162/80	102	26.2
12 H			
18 H			
24 H	111/73	100	26.4

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

OB: 21:20  
PA: 148x88  
Círculo Arredondado  
Respiração: 16/min  
Colostomia: S/colostomia

FC: 104  
U. urinária: 200 ml

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

DIA/HORA	DIH	DN	
DATA DE ADMISSÃO			
PACIENTE			
DIAGNÓSTICO			
ALÉRGIAS			
IDADE	LEITO	DATA	
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		S. N. D.
2	SF 0,9% 500ML EV S/N		S. N.
4	TICNOXICAM 40 MG. IV. 1X/DIA S/N		S. N.
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		12/20/18
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H		S. N.
9	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		A Fazer
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		S. N.
11	SSVV + CCGG 6/6 H		A Fazer
12	CURATIVO DIÁRIO		S. N.
13	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H		A Fazer
14	CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H		A Fazer
15			
16			
17			
18			
19			
20	<u>SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA. 200-250: 2UI, 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DE MIL. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

Evolução MÉDICA:

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO.  
 ATIVO, REA1IVO, CONTACTUANTE  
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO,  
 ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
 NORMOCORADO, HIDRATADO.

# SOLICITADO:  
# CONDUTA: MANTIDA

APARECER NA VILA DO CIRURGIA			
SINAIS VÍTAIS			
TERAPIA DE ALTA: SEM PREVISÃO FR			
6H	PA	78	36°
12 H	BSP	78	36°
18 H	120x80	60	36°
24 H	110/68	98	-

Dr. Fernando Rezende  
CRM-RN 21097  
Residente de Ortopedia e  
Traumatologia

104-2

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

**PREScriÇÃO MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO	DH	DN
PACIENTE: ELIENE PEREIRA DA SILVA		
AGNOSTICO: FX/LX EXPOSTA JOELHO + FX/LX EXPOSTA TNZ		
AI ERGIAS	HAS	
IDADE	LEITO	104-2
ITEM	PREScriÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	TENOXICAM 40 MG. IV. 1X/DIA S/N	
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
6	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H	
9	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
11	SSVV + CCGG 6/6 H	
12	CURATIVO DIÁRIO	
13	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H	
14	CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H	
15	Viver progral 10 ml, CP	
16		
17		
18		
20		
<b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E QU GLOCOSE ≤ 70 DMGL, GLOCOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,  
 ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO,  
 ANJÉTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
 NORMOCORADO, HIDRATADO.

6h. PA: 112 / P: 74  
 P: 97

# SOLICITADO:  
# CONDUTA: MANTIDA

**ESTADOS VITAIS**

CH	PA	FC	FR
12 H	120x85	85	17
18 H			
24 H	120x65	121	20

Dr. Fernando Rezende  
 CRM-RP-3007  
 Residente de Ortopedia e  
 Traumatologia

Tendo - Paciente queixa de dor epigástrica e bastante  
 espasmos musculares (perna E) tipo choque.  
 fd: m. c.p.m + SSVV

Obs: Tratado local.

Monte Belo  
 Centro de Ed. C.  
 DOREN-RP

## PEDIDO DE PARECER

AVÓ DE: Cláudia Paula da Silva

CAGE: \_\_\_\_\_ REGISTRO: \_\_\_\_\_

DOOR: A ENFERMARIA: 104 LEITO: 2

EMERGÊNCIA: \_\_\_\_\_

DE: Cláudia Paula PARA: Cláudia Vazquez

Dados Clínicos:

<p>Paciente com fratura / luxação de joelho  <b>1.</b> Fractura de teto do tornozelo periférica          anteroposterior (fixador externo) com descolamento parcial.</p> <p>Socorro realizado e controlado</p> <p><u>16/12/18</u> <u>Cláudia Vazquez</u></p> <p><u>Cláudia Vazquez</u> Data: _____ Médico: _____</p>
--

<p>Pela circunstância</p> <p>Caso Dr. Fernando, por favor seja claro          na sua solicitação, que está descrevendo acima é um pedido de avaliação e condutor (de que?), uma descrição cabida sobre o caso do paciente e fraturado qual é, secolas de fixador externo e não é da minha competência avaliar a fratura, luxação ou fixador externo.</p> <p><u>Cláudia Vazquez</u> Data: _____ Médico: _____</p>
--

Este apresenta ferimento amplo em todo o lado com boa perfusão.  
 Caso haja alguma dúvida da vascularização comunicar direto clínica 16/12/2018 | Bem →

HGR

Tratamento de Feridas -

HGR

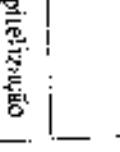
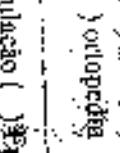
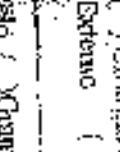
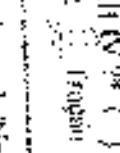
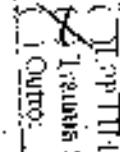
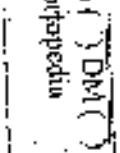
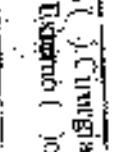
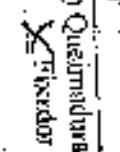
Paciente: Elvane Pinho da Silveira  
Data: 26/4/18

Leito: 104.2

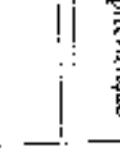
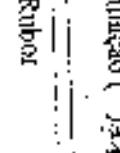
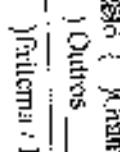
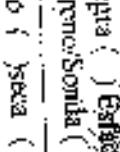
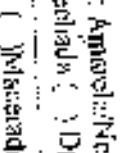
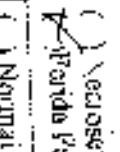
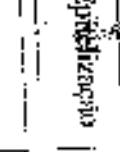
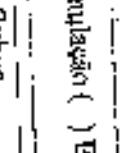
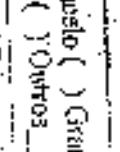
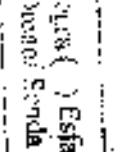
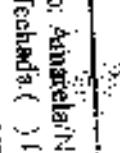
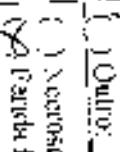
Região: Cox E

Região: MALE

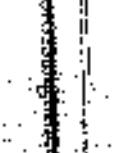
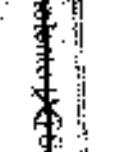
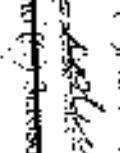
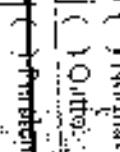
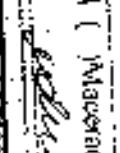
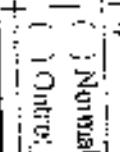
Localização



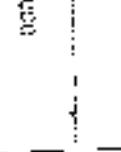
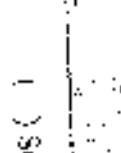
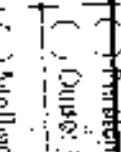
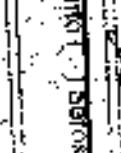
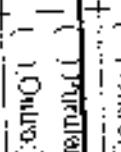
Etiologia



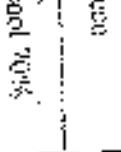
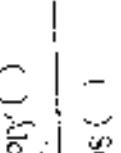
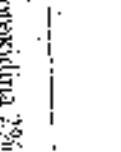
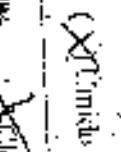
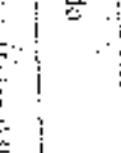
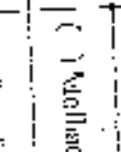
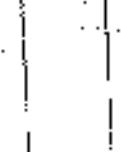
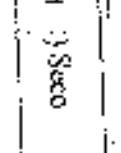
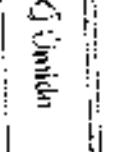
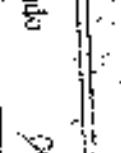
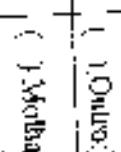
Aparelhação



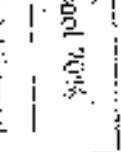
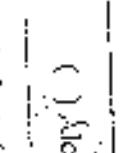
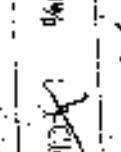
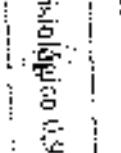
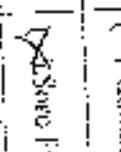
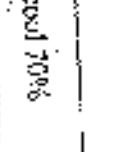
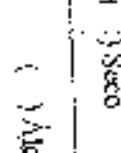
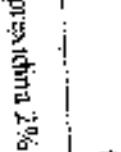
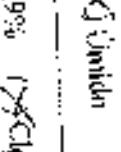
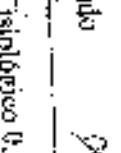
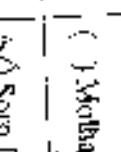
Pele Perilesional



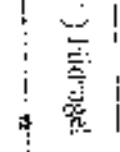
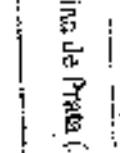
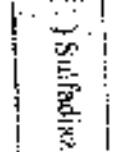
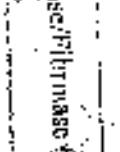
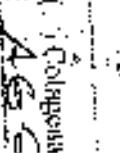
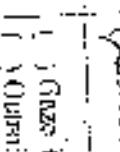
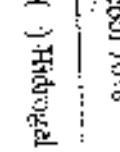
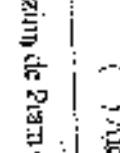
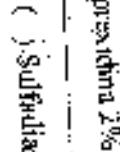
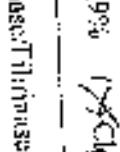
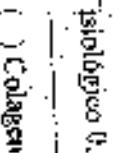
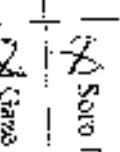
Tipo de Exsudato



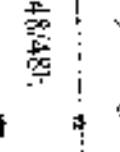
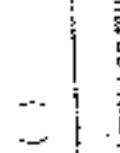
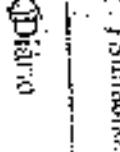
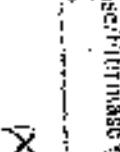
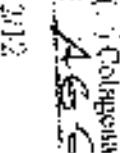
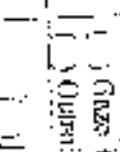
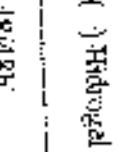
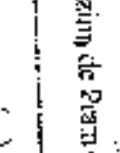
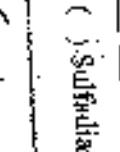
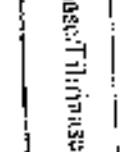
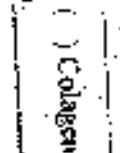
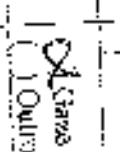
Quantidade de



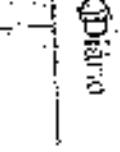
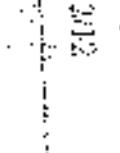
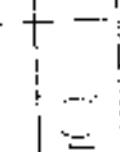
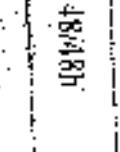
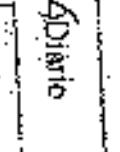
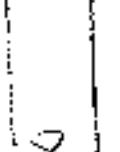
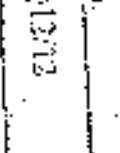
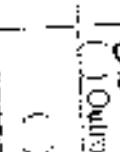
Exsudato



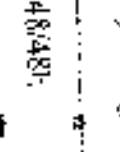
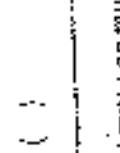
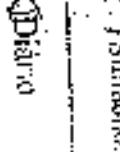
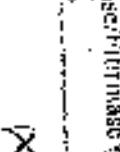
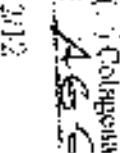
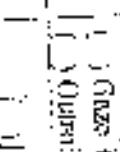
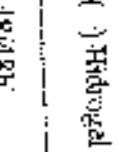
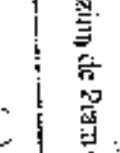
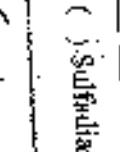
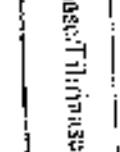
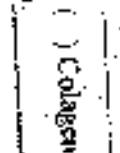
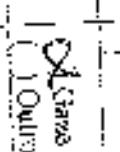
Solução de



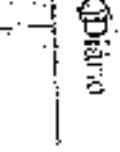
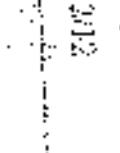
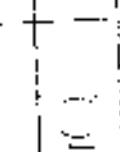
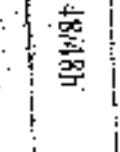
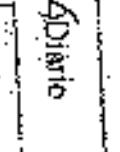
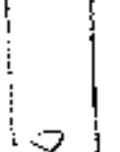
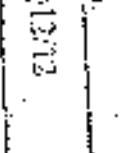
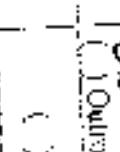
Limpesa



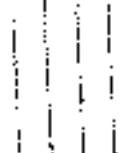
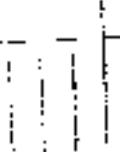
Cobertura



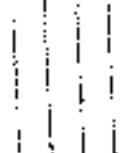
Procedimento que



realizou



procedimento



Observações:

Tratamento de Férias - Paciente:

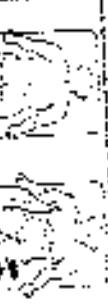
Leitor:

Elaine Pereira da Silva

Data: 03/01/2012



## Localização:



## Região Fále segundário:



## Região Vertebral - Espinheira:

Queimadura  Cunha  Inflamada  Vaginas

Fixador Externo  Ortopedia  
 Fratura  Braço  Fixador Externo

Outro  Traumat.  Braço  Fixador Externo  
 Outro

Necrose Amarela Negra  Fístula  Craniotomia  Epitelioma  
 Necrose Amarela Negra  Fístula  Craniotomia  Epitelioma

Fenda Fáctica  Dígitos Sondas  Outros  
 Fenda Fáctica  Dígitos Sondas  Outros

Leito  Normal  Incisiva  Isca  Molar  Outro  
 Normal  Incisiva  Isca  Molar  Outro

Póle Peritoneal  Queratina  Sangue  Fibrinolíptico  Seco  Fibrina  Robin  
 Queratina  Sangue  Fibrinolíptico  Seco  Fibrina  Robin

Póle Peritoneal  Sangue  Fibrinolíptico  Seco  Fibrina  Robin  
 Queratina  Sangue  Fibrinolíptico  Seco  Fibrina  Robin

Quantidade de exsudato  Molhado  Ligeiro  Seco  Molhado  Ligeiro  Seco  
 Molhado  Ligeiro  Seco

Solução de Limpeza  Álcool 70%  Álcool 70%  Álcool 70%  Álcool 70%  
 Álcool 70%  Álcool 70%  Álcool 70%  Álcool 70%

Solução Fisiológica 0,9%  Clorhexidina 2%  Clorhexidina 2%  Clorhexidina 2%  
 Clorhexidina 2%  Clorhexidina 2%  Clorhexidina 2%  Clorhexidina 2%

Colherura  Colher  Colher  Colher  Colher  
 Colher  Colher  Colher  Colher  Colher  
 Colher  Colher  Colher  Colher  Colher

Hora  12:00  12:00  12:00  12:00  
 12:00  12:00  12:00  12:00  12:00  
 12:00  12:00  12:00  12:00  12:00

Profissional que realizou o procedimento:  Dr. Silviano de Oliveira CORONARTE 065-770

Observações:

Dr. Silviano de Oliveira  
CORONARTE 065-770

Dr. Silviano de Oliveira  
CORONARTE 065-770



HGR

Leito:  
1042Eduardo - Resende - Ma. Sula  
Data: 03/04/2019

Lançamento	Resumo	Regido:
<input type="checkbox"/> Urticária ( <input checked="" type="checkbox"/> Cunha aberta ( <input checked="" type="checkbox"/> Fimbra) ( <input type="checkbox"/> Vascular ( <input type="checkbox"/> Traumatismo) ( <input type="checkbox"/> Desconhecido) ( <input type="checkbox"/> Outro: _____)	<input type="checkbox"/> Urticária ( <input type="checkbox"/> Quemadura ( <input type="checkbox"/> Corte) ( <input type="checkbox"/> Queimadura do batente) ( <input type="checkbox"/> Traumatismo) ( <input type="checkbox"/> Fixador Externo) ( <input type="checkbox"/> Ortopedia) ( <input type="checkbox"/> Outro: _____)	<input type="checkbox"/> Urticária ( <input type="checkbox"/> Quemadura ( <input type="checkbox"/> Corte) ( <input type="checkbox"/> Cunha) ( <input type="checkbox"/> DM) ( <input type="checkbox"/> Vascular) ( <input type="checkbox"/> Traumatismo) ( <input type="checkbox"/> Fractura) ( <input type="checkbox"/> Fixador Externo) ( <input type="checkbox"/> Ortopedia) ( <input type="checkbox"/> Outro: _____)
<input type="checkbox"/> Apurência do leito ( <input type="checkbox"/> Neutra: Amarela/Clara ( <input type="checkbox"/> ) Isófica ( <input type="checkbox"/> ) Cataplasma ( <input type="checkbox"/> ) Epitelização) ( <input type="checkbox"/> ) Fenda Fechada ( <input type="checkbox"/> ) Fecho/ Sonda ( <input type="checkbox"/> ) Outros) ( <input type="checkbox"/> Normal ( <input type="checkbox"/> Macerado) ( <input type="checkbox"/> ) seca ( <input type="checkbox"/> ) Úlceras/ Rubor) ( <input type="checkbox"/> ) Outro: _____)	<input type="checkbox"/> Apurência: Amarela/Clara ( <input type="checkbox"/> ) Isófica ( <input type="checkbox"/> ) Cataplasma ( <input type="checkbox"/> ) Epitelização) ( <input type="checkbox"/> ) Fenda Fechada ( <input type="checkbox"/> ) Fecho/ Sonda ( <input type="checkbox"/> ) Outros) ( <input type="checkbox"/> Normal ( <input type="checkbox"/> Macerado) ( <input type="checkbox"/> ) seca ( <input type="checkbox"/> ) Úlceras/ Rubor) ( <input type="checkbox"/> ) Outro: _____)	<input type="checkbox"/> Apurência: Amarela/Clara ( <input type="checkbox"/> ) Isófica ( <input type="checkbox"/> ) Cataplasma ( <input type="checkbox"/> ) Epitelização) ( <input type="checkbox"/> ) Fenda Fechada ( <input type="checkbox"/> ) Fecho/ Sonda ( <input type="checkbox"/> ) Outros) ( <input type="checkbox"/> Normal ( <input type="checkbox"/> Macerado) ( <input type="checkbox"/> ) seca ( <input type="checkbox"/> ) Úlceras/ Rubor) ( <input type="checkbox"/> ) Outro: _____)
<input type="checkbox"/> Pele Perilesional ( <input type="checkbox"/> ) Fimbria ( <input type="checkbox"/> ) Sono ( <input type="checkbox"/> ) Sangue ( <input type="checkbox"/> ) Sanguinolento ( <input type="checkbox"/> ) Serossanguíneo ( <input type="checkbox"/> ) Seco ( <input type="checkbox"/> ) Outro: _____)	<input type="checkbox"/> Pele Perilesional ( <input type="checkbox"/> ) Fimbria ( <input type="checkbox"/> ) Sangue ( <input type="checkbox"/> ) Sanguinolento ( <input type="checkbox"/> ) Serossanguíneo ( <input type="checkbox"/> ) Seco ( <input type="checkbox"/> ) Outro: _____)	<input type="checkbox"/> Pele Perilesional ( <input type="checkbox"/> ) Fimbria ( <input type="checkbox"/> ) Sangue ( <input type="checkbox"/> ) Sanguinolento ( <input type="checkbox"/> ) Serossanguíneo ( <input type="checkbox"/> ) Seco ( <input type="checkbox"/> ) Outro: _____)
<input type="checkbox"/> Quantidade de exsudato ( <input type="checkbox"/> ) Molhado ( <input type="checkbox"/> ) Úmido ( <input type="checkbox"/> ) Seco ( <input type="checkbox"/> ) Molido ( <input type="checkbox"/> ) Únido ( <input type="checkbox"/> ) Seco	<input type="checkbox"/> Quantidade de exsudato ( <input type="checkbox"/> ) Molhado ( <input type="checkbox"/> ) Úmido ( <input type="checkbox"/> ) Seco ( <input type="checkbox"/> ) Molido ( <input type="checkbox"/> ) Únido ( <input type="checkbox"/> ) Seco	<input type="checkbox"/> Quantidade de exsudato ( <input type="checkbox"/> ) Molhado ( <input type="checkbox"/> ) Úmido ( <input type="checkbox"/> ) Seco ( <input type="checkbox"/> ) Molido ( <input type="checkbox"/> ) Únido ( <input type="checkbox"/> ) Seco
<input type="checkbox"/> Solução de Lameza ( <input type="checkbox"/> ) Álcool Fisiológico 0,9% ( <input type="checkbox"/> ) Clorexidina 2% ( <input type="checkbox"/> ) Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Solução de Lameza ( <input type="checkbox"/> ) Álcool Fisiológico 0,9% ( <input type="checkbox"/> ) Clorexidina 2% ( <input type="checkbox"/> ) Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Solução de Lameza ( <input type="checkbox"/> ) Álcool Fisiológico 0,9% ( <input type="checkbox"/> ) Clorexidina 2% ( <input type="checkbox"/> ) Álcool 70%
<input type="checkbox"/> Cobertura primária ( <input type="checkbox"/> ) Gaze ( <input type="checkbox"/> ) Colagenase/Fibrinase ( <input type="checkbox"/> ) Sulfadiazina de Prata ( <input type="checkbox"/> ) Hidrogel ( <input type="checkbox"/> ) Outro: _____)	<input type="checkbox"/> Cobertura primária ( <input type="checkbox"/> ) Gaze ( <input type="checkbox"/> ) Colagenase/Fibrinase ( <input type="checkbox"/> ) Sulfadiazina de Prata ( <input type="checkbox"/> ) Hidrogel ( <input type="checkbox"/> ) Outro: _____)	<input type="checkbox"/> Cobertura primária ( <input type="checkbox"/> ) Gaze ( <input type="checkbox"/> ) Colagenase/Fibrinase ( <input type="checkbox"/> ) Sulfadiazina de Prata ( <input type="checkbox"/> ) Hidrogel ( <input type="checkbox"/> ) Outro: _____)
<input type="checkbox"/> Troca ( <input type="checkbox"/> ) 12/12 ( <input type="checkbox"/> ) Diário ( <input type="checkbox"/> ) 48/48h	<input type="checkbox"/> Troca ( <input type="checkbox"/> ) 12/12 ( <input type="checkbox"/> ) Diário ( <input type="checkbox"/> ) 48/48h	<input type="checkbox"/> Troca ( <input type="checkbox"/> ) 12/12 ( <input type="checkbox"/> ) Diário ( <input type="checkbox"/> ) 48/48h
<input type="checkbox"/> Profissional que realizou o procedimento ( <input type="checkbox"/> ) M. de Oliveira ( <input type="checkbox"/> ) Corrêa, M. S. R. P. S. (Assinatura:	<input type="checkbox"/> Profissional que realizou o procedimento ( <input type="checkbox"/> ) M. de Oliveira ( <input type="checkbox"/> ) Corrêa, M. S. R. P. S. (Assinatura:	<input type="checkbox"/> Profissional que realizou o procedimento ( <input type="checkbox"/> ) M. de Oliveira ( <input type="checkbox"/> ) Corrêa, M. S. R. P. S. (Assinatura:
<input type="checkbox"/> Observações		

Exame de tecido - Pós-agente

Exame de tecido

Peces da Sula

Data: 05/05/2019

Localização

Região: MTE

Região: MTE (Femur)

Biologia

Trajante  Tropicana  Líder Fábrica (jóquei)  Chegou ( $\rightarrow$  MTE + Veneza)  IAPM / PML  Qualidade (Achromat.) DALL  Veneza  Theano  Prado  Fazendeiro Exequio  ocepesta  Vulto

Aparência do Leito

Normal ( $\rightarrow$  Macerado)  Peça ( $\rightarrow$  Bicam)  Rubor

Normal ( $\rightarrow$  Macerado)  Peça ( $\rightarrow$  Bicam)  Rubor

Fato Peritorial

Normal ( $\rightarrow$  Macerado)  Peça ( $\rightarrow$  Bicam)  Rubor

Outro

Tipo de lesão

Outro

Quantidade de lesão

Molhado  Seco  Seco

Solução de limpeza

Soro fisiológico 0,9%  Cloacídina 2%  Álcool 70%

Cobertura primária

Gaze ( $\rightarrow$  Colagénico/Fibrinase)  Sulfadiazina de Prata ( $\rightarrow$  Hidrogele)  Outro

Troca

Diário  A.S.A.H.  N.D.

Profissional que realizou procedimento

Dr. Gerson Costa  Dr. Renato César  Dr. André Henrique  Dr. André Henrique  Dr. André Henrique

Observações

Observação

*348/481  
Sobrenome  
Nome completo  
CRM-SP 32990*

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



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE ELIENE PEREIRA DA SILVA

AGNÓSTICO FX/LX EXPOSTA JOELHO + FX/LX EXPOSTA TNZ

ALLERGIAS

HAS

DM2

IDADE

LEITO

104-2

DATA

06/01/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1	DIETA ORAL PASTOSA	S-N	10h
2	SF 0,9% 500ML EV S/N	S-N	
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA S/N	S-N	
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV B/BH S/N	S-N	
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H	10h	
9	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE B/BH SE DOR INTENSA	S-N	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	10h cas	
11	SSVW + CCGG 6/6 H	RO/ma	
12	CURATIVO DIÁRIO	A 10h 3-7h OK	
13	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H	OK	
14	CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H	OK	
15	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA EM JEJUM	OK	
16			
17			
18			
19			
20			

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)  
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;  
351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE  
50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,  
ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
# EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO,  
ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO.

06 h  
PA - 88 x 65  
PC - 78  
Tc 36.8c

# SOLICITADO :

# CONDUTA : MANTIDA

SINAIS VITIAIS ANEXO DE CIRURGIA

PROVISÃO DE ALTA	SEMA PREVISÃO	FC	FR	TAX
6H	FA	FC	FR	TAX
12 H	134x79	85	-	35.8
18 H				
22H	92x58	97	-	37.2

Dr. Antônio Henrique Rozenfeld

CRM-RN 2007

Residente de Ortopedia e

Traumatologia

12h PCT 50 GVE SEM QNT X 1000, H. 15 (ar) 740

Izquierdo Jérôme Oliva  
Técnico de Enfermagem  
COPER-RN 6/0.654-TE

6h pac no leito realizou  
medicamentos com SSVW-fito  
sem queixas negativas aos cuidados da Enf: tec odonto

Tratamento de Feridas -

HCR

Leito: 24-2

Data: 06/01/19

Paciente: Cláudia Pereira da Silva

## Localização

Região: MTC

Região:

## Etiologia

Trauma ( ) Queimadura ( ) Cunha ( ) Veneno  
 Inchaço ( ) Tumor ( ) Fractura Esportiva ( ) Ortopedia  
 Outro ( )

## Apresentação

Neurite / Adenite / Lúpus ( ) Fasculite ( ) Fibromialgia ( ) Epiteliólise  
 Edema ( ) Inchaço ( ) Dor ( ) Sonda ( ) Outros ( )

## Pele / Renale / Urinária

Óssea ( ) Articulação ( ) Pele ( ) Endometriose / Rubor ( )  
 Óssea ( ) Articulação ( ) Pele ( ) Endometriose / Rubor ( )  
 Outro ( )

## Tipo de Exsudato

Partidário ( ) Espesso ( ) Sangue ( ) Gelo ( ) Seta ( )  
 Partidário ( ) Espesso ( ) Sangue ( ) Gelo ( ) Seta ( )  
 Outro ( )

## Quantidade de Exsudato

Molhado ( ) Seco ( )  
 Seco ( ) Molhado ( )

## Solução de Língua

Clorhexidina 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70% ( )  
 Álcool 70% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 96%

## Gobertura / Sutura / Sutura

Gauze ( ) Colchonete / Fibrose ( ) Sulfacetamida de Prata ( ) Hidrogel ( )  
 Oxigênio ( ) Colchonete / Fibrose ( ) Sulfacetamida de Prata ( ) Hidrogel ( )  
 Outros ( )

## Procedimento

Foco ( ) ( ) 12/12 ( ) Fármaco ( ) 48/48h ( )  
 Foco ( ) ( ) 12/12 ( ) Fármaco ( ) 48/48h ( )

## Profissional que realizou procedimento

Dr. ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )  
 Observações:

104-2

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

**PREScriÇÃO MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO	DH	DN	
PACIENTE	<b>ELIENE PEREIRA DA SILVA</b>		
MAGNÓSTICO	<b>FX/LX EXPOSTA JOELHO + FX/LX EXPOSTA TNZ</b>		
ALERGIAS	HAS	QMM2	
IDADE	LEITO	104-2	DATA
ITEM	PREScriÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL PASTOSA		10/01/2019
2	SF 0,9% 500ML EV S/N		
4	TILNOXICAM 40 MG. IV. 1X/DIA S/N		
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/6H S/N		
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H		
9	TRAMAL 100MG + SFU,9% 100ML EV DE 8/6H SE DOR INTENSA		
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
11	SSVV + CCOG 6/6 H		
12	CURATIVO DIÁRIO		
13	CLINDAMICINA 600MG EV 8/6H		
14	CFF TRIAXONA 1G EV 12/12H		
15	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA EM JEJUM		
16	Rx: Rx: Rx: Rx: Rx: Rx: Rx:		
17			
18			
19			
20	<b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

ENCONTRADO PACIENTE DIFÍCIL NO LEITO,  
 ALVÔ: REATIVO, CONTACTANTE  
 EXAME FÍSICO: BFG, ACIANÓTICO,  
 ANICRÉTICO, AFERRIL, LUPNEICO,  
 NORMOCURADO, HIDRATADO.

#SOI CITADO:

#CONDUTA: MANTIDA

66/100/60 P 44

SINTOMA/EXAME

PREVISÃO DE ALTAS SEM PREVISÃO	FC	FR	
12 H	170/70	100	36 i
18 H	110/70	101	36 i
24 H	180/52	88	36 iC

Dr. Fernando Rezende

CRM RR 2007

Residente de Ortopedia e

Traumatologia

17/01/19 paciente no leito  
 pós op. para expondo oper.  
 se 5x/100. Sintoma: dor  
 embolorada. Rx: Rx: Rx: Rx:



ADP: Víctor Perera de Gómez

REGISTRO:

A

ENFERMARIA:

EMERGENCIA:

Clínica

des clínicas:

de la

LEITO: 2

PARA: B. M. C. M. S.

Dra. en medicina, politécnico y licenciada en enfermería.  
en la Clínica Universitaria. Señor oncólogo y colecta

Gusto

21/04/68  
Date

Dra. en medicina. Señor oncólogo y colecta

ca ca / 19

Médico



Núcleo de Enfermagem em  
Tratamento de Veridas -

Protocolo 1 Volumen  
Paciente: Elvira Benítez

Maborada: 02/2013 Atuaçada: 17/2018

Lecitização	Região:
Diagnóstico	
Etiologia	
Ambientação	<input checked="" type="checkbox"/> MP II U IV <input checked="" type="checkbox"/> Iraunha <input checked="" type="checkbox"/> Outro:
Lisão	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose Amarela/Negra <input checked="" type="checkbox"/> Feita fechada <input checked="" type="checkbox"/> Drenos Scouda <input checked="" type="checkbox"/> Outros
Poss. de lesões	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerado <input checked="" type="checkbox"/> Seco <input checked="" type="checkbox"/> Morto <input checked="" type="checkbox"/> Outros
Tipos de lesulado	<input checked="" type="checkbox"/> Parteiro Profissional <input checked="" type="checkbox"/> Outro
Qua. justificada de lesulado	<input checked="" type="checkbox"/> Mal-Feita <input checked="" type="checkbox"/> Crônica <input checked="" type="checkbox"/> Seco
Solução de lesada	<input checked="" type="checkbox"/> Solo Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input checked="" type="checkbox"/> Álcool 70%
Cobertura	<input checked="" type="checkbox"/> gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Praia <input checked="" type="checkbox"/> Hydrogel <input checked="" type="checkbox"/> Outros
Próx.	<input checked="" type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diáario <input checked="" type="checkbox"/> 48/48h
Profissional que realizou	  
Próx. d' nächste	
Observações	



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

104-2



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE: LIENE PEREIRA DA SILVA

AGNÓSTICO: FX/LX EXPOSTA JOELHO + FX/LX EXPOSTA TNZ

ALERGIAS

IIAS

DM2

IDADE

LEITO

104-2

DATA

10/01/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1	DIETA ORAL PASTOSA		
3	SF 0,9% 500ML EV S/N		
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA S/N		
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H		
9	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DL 8/8H SE DOR INTENSA		
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
11	SSVV + CCGG 6/6 H		
12	CURATIVO DIÁRIO		
13	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H		
14	CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H		
15	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA EM JEJUM		
16			
17			
18			
19			
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E QUANDO GLICOSE ≥ 70 MG/ML, GLICOSF 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

## EVOLUÇÃO MEDICA:

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,  
ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO,  
ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO.

# SOLICITADO:

# CONDUZIDA: MANTIDA

6:00h T= 35.6 °C  
P= 87 bpm  
PA= 12159

11/01/2019  
Gabinete da C. Linha  
Tratamento Edema  
COPRE 250.71

## SITUAÇÃO PÓ-OP. DE CIRURGIA:

#	PREVISÃO DE ALTA	SEMI-PREVISÃO	FR
12 H	13/01/2019	16:15	17
18 H	06/01/2019	12:22	-
24 H	9/1/2019	13:00	-

Dr. Fernando Rezende

CRM-RR 2007

Residente de Ortopedia e  
Traumatologia

Forante medido o C.P.M 20/01/2019. Plantar 100mm.  
Unificado 550Kg. Presente deformidade no lado direito.  
Típica de artrose de joelho. Típico das articulações de joelho.  
Exerto é um "3/4" que o eixo da  
jornada vai desencalhar, fazendo que na  
tum a maturidade fique a 550Kg.  
Técnica de Enxergagem  
COPRE 250.71

104-2

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

DATA DE ADMISSÃO	DIA	DN
PACIENTE	ELIENE PEREIRA DA SILVA	
AGNÓSTICO	FX/LX EXPOSTA JOELHO + FX/LX EXPOSTA TNZ	
ALERGIAS	HAS	DM2
IDADE	LEITO	104-2
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL PASTOSA	
2	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	TENOXICAM 40 MG. IV. 1X/DIA S/N	
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
5	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H	
9	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
11	SSV + CCGG 6/6 H	
12	CURATIVO DIÁRIO	
13	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H	
14	CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H	
15	OMOPRAZOL 40MG EV 1X/DIA EM JEJUM	
16		
17		
18		
19		
20		
21	<u>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REQUISITAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/MIL, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</u>	

## EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,  
 ATIVO, AFATIVO, CONTACIUANTE

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO,  
 ANICRÍTICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
 NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

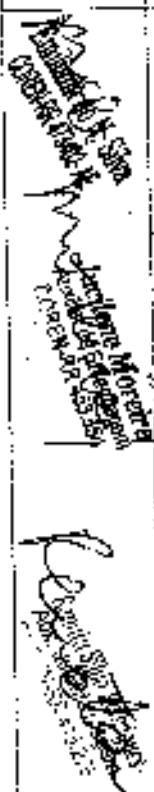
## SIGNOS VITAIS

#	PA	FC	FR	
12 H	160x60	91	19	36°C
18 H	110x70	86	20	36°C
24 H	100x70	80	20	36°C
06 H	90x60	89		36°C

Dr. Fernando Reisende  
 CRM-RR12007  
 Residente de Ortopedia e  
 Traumatologia

Leito: 104-2Região: MTE

Região:



Profissional que  
realizou o  
procedimento:

Observações:

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



DATA DE ADMISSÃO		DTH	DN
PACIENTE: ELIENE PEREIRA DA SILVA			
AGNOSTICO: FX/LX EXPOSTA JOELHO + FX/LX EXPOSTA TNZ			
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	EDICO	104-2	DATA 12/01/2019
ITEM	PREScriÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL PASTOSA		SN
2	SF 0,8% 500ML EV S/N		SN
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA S/A		20
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		20
8	DIPRONA 500MG 2ML EV DE B/6H		12
9	TRAMAL 100MG + SF 0,8% 100ML CV DE 8/8H SE DOR INTENSA		20
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		20
11	SSVV + COGG 6/6 H		Rotina
12	CURATIVO DIÁRIO		Mudar dia 06
13	CLINDAMICINA 600MG EV S/8H		12/20/20
14	CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H		ATF 12/20/20
15	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA EM JEJUM		06
16			
17			
18			
19			
20	<b>SE DIABÉTICO:</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

ENCONTRO PACIENTE DILITADO NO LEITO,  
 ALIVIO, RELATIVO, CONTACTUANTE  
 # EXAME FÍSICO: BFG, ACIANÓTICO,  
 ANICTERICO, AFEBRIL, EUPNICO,  
 NORMOCORADO, HIDRATADO.

# SOLICITADO:

# CONDUTA: MANTIDA

SINAIS CLÍNICOS			PESO		PESO		Dr. Fernando Rezende CRM-RR 2007 Residente de Ortopedia e Traumatologia
12 H	100x80	94	365				
18 H	100x80	92	368				
24 H	100x80	94					

VRS: A<sub>0</sub> (8) traseito 0 AVP foi colocado jf(0) 22 no msp

Plantas noturnas! Seja indicado  
 de horário regular → curado de 00h

10/01/2019  
 Assinatura do Plantonista  
 CRM-RR 2007

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PAJIENTE: LIENE PEREIRA DA SILVA			
AGNÓSTICO: FX/LX EXPOSTA JOELHO + FX/LX EXPOSTA TNZ			
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	104-2	DATA 13/01/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIFTA ORAL PASTOSA		30D
2	ISF 0,9% 500ML EV S/N		S/N
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA S/N		S/N
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		S/N
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/8H		21/18 24/26
9	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		S.N.
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		S.M.
11	SSV + CCGG 6/8 H		Saline
12	CLÍRATIVO DIÁRIO		Período
13	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H		22/24
14	CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H		N.F. 12/12 N.F.P.
15	OMEPRAZOL 40MG, EV 1X/DIA EM JEJUM		05
16			
17			
18			
19			
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>			
# ENCONTRO PACIENTE DEFENDIDO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTANTE			
# EXAME FÍSICO: BÉG, ACIANÓTICO, ANESTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.			
# SOLICITADO:			
# CONSULTA: MANTIDA			
SINAIS VITALS		DR. FERNANDO REBELO	
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO FR		CRM-RR 2007	
6H PA PC		Residente de Ortopedia e	
12 H (oxig 97)	97	Traumatologia	
18 H			
24 H (oxig 97)	97		

26/1/191x63 | 90 | sem aparelho de temperatura.



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE: ELIENE PEREIRA DA SILVA			
AGNÓSTICO: FX/LX EXPOSTA JOELHO + FX/LX EXPOSTA TNZ			
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	104-2	DATA 14/01/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL PASTOSA		6/6
2	SF 0,9% 500ML EV S/N		
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA S/N		
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		5/6
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 8/8H		6/6
9	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		6/6
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		6/6
11	SSV/V + COCG 6/6 H		6/6
12	CURATIVO DIÁRIO		6/6
13	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H		6/6
14	CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H		6/6
15	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA EM JEJUM		6/6
16			
17			
18			
19			
20			
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250- 2UI; 251-300: 4UI, 301-350- 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML FV + AVISAR PLANTONISTA			

**Evolução médica:**

#ENCONTRO PACIENTE: DEITADO NO LEITO,  
ATIVO, RELATIVO, CONTACTUANTE

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

A SOLICITADO:

2 CONDUTA: MANTIDA

SINTOMAS/ANAMNESE CIRÚRGICA				Dr. Fernando Rezende CRM-RB 2007 Residente de Ortopedia e Traumatologia
PREVISÃO DE ALTA:	SIN	PREVISÃO	FR	
12 H	104.74	107	20	35,3
18 H	106.13	96	96	35,3%
24 H	106.10	83		35,8%

VISS: Ao 24:30 trouxe corte à AVP que foi colocado gelo 26 mm m

Agência  
Transfusional

BESTA  
SUSPENSA

### BOLSAS DISTRIBUÍDAS PARA PACIENTE

Data: 14/01/2019

RECEPTOR

Nome: ELIENE PEREIRA DA SILVA

Solicitação: 029124

Data da Solicitação: 14/01/2019

Dr. Nasq.: 28/08/1983

EXAMES DO RECEPTOR

Grupo Abo Rh: O (+)

Coombs Direto - Mono:

Poli:

Nº da RT:

Prontuário: 1801050718

P.A.I.: N

Ident. de Anticorpos:

Leito: 104-2

Enfermaria: A Apto. HGR / 3

### LIBERAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES - HEMOCENTRO

Nº da Bolsa	Nº do SUS	Hemocomponente	Grupo ABO Rh	P.A.I.	Prova Cruzada	Teste	VOLUME	P. Cruzada (GEL)
01141812180011		Clt	O(+)	N	TA AGH COMPATIVEL	N 3b7 ml C		

Reação:

Data/Hora Início: 15/01/19 02:35

Data/Hora Fim: 15/01/19 02:55

INÍCIO na L26 hor T: 36.8°C PA: 100x70 p: 8.5 FR: 18

Agência  
Transfusional

BESTA  
SUSPENSA

### BOLSAS DISTRIBUÍDAS PARA PACIENTE

Data: 14/01/2019

RECEPTOR

Nome: ELIENE PEREIRA DA SILVA

Solicitação: 029124

Data da Solicitação: 14/01/2019

Dr. Nasq.: 28/08/1983

EXAMES DO RECEPTOR

Grupo Abo Rh: O (+)

Coombs Direto - Mono:

Poli:

Nº da RT:

Prontuário: 1801050718

P.A.I.: N

Ident. de Anticorpos:

Leito: 104-2

Enfermaria: A Apto. HGR

### LIBERAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES - HEMOCENTRO

Nº da Bolsa	Nº do SUS	Hemocomponente	Grupo ABO Rh	P.A.I.	Prova Cruzada	Teste	VOLUME	P. Cruzada (GEL)
0114181218002		Clt	O(-)	N	TA AGH COMPATIVEL	N 308 ml C		

Reação:

Data/Hora Início: 15/01/19 02:35

Data/Hora Fim: 15/01/19 03:55

Unidade Solicitante: BLA

Responsável:

Antônio Marques Sampaio  
BIOBÉDICO  
CRBM 10065/PA

SP-1000  
SUSPENSA

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

11 JUN 2019

GENTE SEGUROADORA S/A  
Av. Presidente Vargas, 10 - Rio de Janeiro - RJ

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

10 JUL 2019

GENTE SEGUROADORA S/A  
Av. Presidente Vargas, 10 - Rio de Janeiro - RJ



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

04-2

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE: ELIENE PEREIRA DA SILVA			
AGNÓSTICO: FX/LX EXPOSTA JOELHO + FX/LX EXPOSTA TNZ			
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	104-2	DATA: 15/01/2019
ITEM			HORÁRIO
1	DIETA ORAL PASTOSA		
2	SF 0,9% 500ML EV S/N		
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA S/N		
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		
5	DIPIRONA 500MG 2ML FV DE 6/6H		12:18 AM 06
9	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
11	SSVV + CCGG 6/6 H		
12	CURATIVO DIÁRIO		14:20:40
13	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H		14:22:06
14	CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H		12:24:06
15	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA EM JEJUM		06
16			
17			
18			
19			
20			
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI L OU GLICOSE ≤ 70 DM/L, GLICOSE ≥ 30% 10 ML EV + AVISAR PI ANTONISTA			

## EVOLUÇÃO MÉDICA:

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

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

# SOLICITADO:

# CONDUTA: MANTIDA

## SINAIS VÍVEIS AO DE CIRURGIA:

# PREVISÃO DE MORTALIDADE PREVISÃO FR

12 H

18 H

24 H

Dr. Fernando Rezende

CRM-RR 2007

Residente de Ortopedia e  
TraumatologiaÁREA DE SINÔPSIS - DEPARTAMENTO DE  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2019

OEX Y SEGUROGRAFIA  
Praça da Sé, 14 - Centro - RR

11 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Centro, RR

Alvorada - Minas Gerais

Engenheiro Henrique Freitas Pachêco

Ribeirão - 118 - 100m. Andarior

Extensão - 106,23m²/loc. 1423

Terreno - 1.221,66

Quarto - 120,11m²

Suíte - 106,19m²

Sala - 102,11m²

Cozinha e 1° Térreo - 122,11m²

Banheiro e Escritório - 120,1

Quarto - 108,11m²

Banheiro - 101,11m²

Quarto - 101,11m²

Banheiro - 101,11m²

Residência ampliada com 5% pacotes interiores, fachada lateral (sem janela),

terreno alterado, enterrado, 3 andares.

Nome: Pedro Júlio da Silva

CPF: 023.000.000-00

RG: 02.000.000-00

Local: Centro - Rio das Ostras - RJ

Endereço: Rua Antônio José de Souza, 1000 - Centro - Rio das Ostras - RJ

Nome: Maria Manoela Soárez

CPF: 023.000.000-00

RG: 02.000.000-00

Local: Centro - Rio das Ostras - RJ

Endereço: Rua Antônio José de Souza, 1000 - Centro - Rio das Ostras - RJ

Nome: Alan Felipe Rodrigues

CPF: 023.000.000-00

RG: 02.000.000-00

Local: Centro - Rio das Ostras - RJ

Endereço: Rua Antônio José de Souza, 1000 - Centro - Rio das Ostras - RJ

Nome: Ana Paula Soárez

CPF: 023.000.000-00

RG: 02.000.000-00

Local: Centro - Rio das Ostras - RJ

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
conteúdo não verificado

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
conteúdo não verificado

10 JUL 2019

11 JUN 2019

GENTE SEGUROADORA S.A.  
Av. Getúlio Vargas, 111 - Centro - RJ

GENTE SEGUROADORA S.A.  
Av. Getúlio Vargas, 111 - Centro - RJ

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



Poder Judiciário

*Eliene Pereira da Silva*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO GERAL

507167-4

NOME

ELIENE PEREIRA DA SILVA

FILIAÇÃO

ELIZETE PEREIRA DA SILVA

NATURALIDADE

TUCURUÍ - PA

DOC. ORIGEM

CERTO NASC 3682 FLS 139 LIV A-71

ITAITUBA-PA

CPF

702.805.512-40

AMADEU ROCHA TRIANI

Porto Pequeno - Pará - Polícia Civil

1 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/06/63

P 1



MINISTÉRIO DA FAZENDA

**Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas



## COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

702.805.512-40

Nome

ELIENE PEREIRA DA SILVA

Nascimento

28/06/1983

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE  
80BD.E569.95A5.7329

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 11:47:35 do dia 11/12/2014 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
11 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 JUL 2019
GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Eliene Pereira da Silva  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira  
Profissão: Doméstica  
Identidade: 507.167-4 CPF: 702.805.512-40  
Endereço: Suelandia R.C. de Oraíno - Poles

### OUTORGADO:

Nome: Maycon Quaresma Leitão  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro  
Profissão: Advogado  
Identidade: 31534985 SSP CPF: 95924524215  
Endereço: R. Santa Clara, n. 593 Centenário

### PODERES

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

Rorainópolis

17-06-2019

Local e data



Eliene Pereira da Silva

Assinatura do Outorgante

(reconhecer por autenticidade)

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

