

Paciente: Josimara Serrão da Silva Idade: 33 Sexo: F  
Nacionalidade: brasileira Raça: Branca ☐ Negra ☐ Parda ☒ Amarela ☐ Indígena-Etnia ☐  
Endereço: AV. Carlos Pereira de Melo Bairro: Laranjeira

Nº 17023 DATA 10/09/18 HORA J/9: 22h04 BASE ☒ VIA ☐ ( ) RÁDIO  
Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: Sanete HORA J/10: 22h11 ( ) CELULAR

MOTIVO DO ACIONAMENTO: Trauma (colisão moto x carro)  
ACIONAMENTO: ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ ATENDIDO NA BASE ☐ OUTRO

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora ( ) / 1 a 3 horas ( ) / 4 a 24 horas ( ) / Mais de 24 horas ( ) / Não sabe ( )

AUTOMÓVEL

- ☐ Capotamento  
☐ Atropelamento  
☐ Colisão AUTO x ☐  
☐ Motorista  
☐ Passageiro Banco dianteiro  
☐ Passageiro Banco traseiro

PEDESTRE

- ☐ Atropelamento ☐ CICLOVIA  
☐ FA ☐ CALÇADA ☐ FAIXA

AUTOMÓVEL

- ☐ Uso do cinto  
☐ Vítila projetada  
☐ Vítila encarcerada  
☐ Air Bag Acionado

MOTOCICLETA / BICICLETA

- ☒ Colisão MOTO X carro  
☐ Queda de moto ☐ Com capacete  
☐ Atropelamento ☐ Sem capacete  
☐ Queda de Bicicleta  
☐ Piloto ☒ Garupa

VIOLENCIA

- ☐ FAF  
☐ FAF  
☐ Espandimento  
☐ Violência Doméstica  
☐ Violência Sexual  
☐ Tentativa de suicídio  
☐ Outro:

OUTROS

- ☐ Ac. De Trabalho ☐ Local ☐ Trajet  
☐ Queda, Altura aprox.  
☐ Acidente Doméstico  
☐ Queimadura Agente  
☐ Afogamento  
☐ Agressão animal  
☐ Outros:

VIAS AERÉAS

- ☒ Livre  
☐ Obstrução Parcial  
☐ Obstrução Total  
☐ Corpo estranho  
☐ Edema de Glote  
☐ Outro:

VENTILAÇÃO

- ☒ Eupneico  
☐ Apnéia  
☐ Dispneia  
☐ Bradpneia  
☐ Taquipneia  
☐ Roncos  
☐ Sibilos  
☐ Respiração paradoxal

CIRCULAÇÃO

- ☒ Normocárdico  
☐ Bradicárdico  
☐ Taquicárdico  
☐ Arritmico  
☐ Enchimento capilar acima de 2"  
☐ Ausente  
☐ Cianose central  
☐ Cianose de extremidade

AVAL. NEUROLÓGICA

- ☒ AVDN  
☐ Miose  
☐ Midriase  
☐ Anisocoria ☐ D ☐ E  
☐ Aparelmente Etílico  
☐ GLASGOW

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O <sub>2</sub> %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	APGAR
Início	22:38 136x96	98		98				
Fim	22:46 130x80	90		99				

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele	Cabeça	Face	Pescoco	Tórax	Abdome
<input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Fer. penetrante	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocular <input type="checkbox"/> Luxação <input type="checkbox"/> Mandíbula	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traqueia <input type="checkbox"/> Enfiama Sub-cutâneo	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Contusão pulmonar <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <input type="checkbox"/> Empalamento	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Evisceração
Pelve	Coluna Dorsal	MMSS	MMII	OCULAR	VERBAL
<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade <input type="checkbox"/> Crepitação	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Crepitação	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Crepitação	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerações <input checked="" type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Crepitação	4 Espontânea 3 Ao comando 2 A dor 1 Sem resposta	5 Orientado 4 Confuso 3 Palavras inapropriadas 2 Palavras incompreensíveis 1 Sem resposta
MOTORA					
6 Obedece a comandos 5 Localiza a dor 4 Movimento de retrada 3 Flexão anormal 2 Extensão anormal 1 Sem resposta					

AVALIAÇÃO CARDÍACA

- ☒ Ritmo Sinusal  
☐ Taquicardia  
☐ Bradicardia  
☐ Filuter  
☐ Fibrilação atrial  
☐ Fibrilação ventricular  
☐ Assistolia

AFEÇÃO CLÍNICA

- ☐ Respiratória  
☐ Neurológica  
☐ Psiquiátrica  
☐ Metabólica  
☐ Cardiovascular  
☐ Aborto

HISTÓRIA PEGRESSA

- ☐ Diabetes  
☐ Cardiopatia  
☐ HAS  
☐ Medicção de uso:  
☐ Alergias  
☐ Outros

GRAVIDADE PRESUMIDA

☐ ILESO ☐ PEQUENA ☒ MÉDIA ☐ SEVERA

☐ ÓBITO EVIDENTE

ÁREA DE SINISTROS - DPV  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RJ

MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS

SAMU 192-BV  
CONFERE COM ORIGINAL

Em 14/12/18

Stephanie  
Rubi

OBSERVAÇÕES

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA  
(na cena do acidente)

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA  
(na viatura)

INCIDENTE

RCP

- ☐ Cancelamento  
☐ Recusa de Atendimento  
☐ Não se encontrava no local - EVASÃO  
☐ Recusa de hospitalização  
☐ Trote  
☐ Bombeiro no local:

Iniciada as: ☐ Término as: ☐  
RCP com sucesso  
RCP sem sucesso  
Obs:

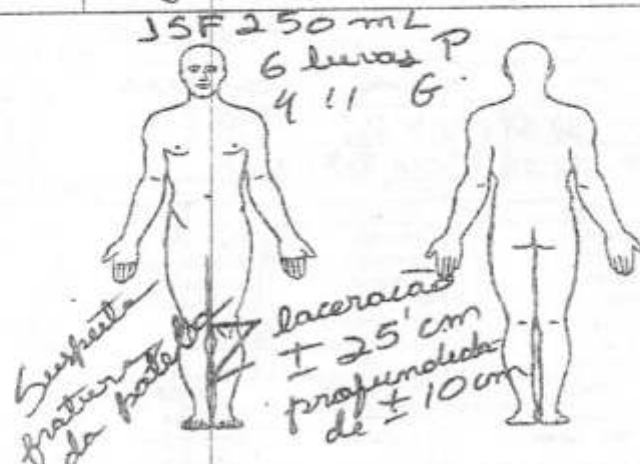
- ☒ Polícia Militar  
☐ Guarda Municipal  
☐ SMTRAN  
☐ Bombeiro  
☐ Outros:

DESTINO	<input type="checkbox"/> Atendido no local <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento - HGR <input type="checkbox"/> Coronel Mota	<input type="checkbox"/> Pol. Cosme e Silva - PCCS <input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA <input type="checkbox"/> HMINSN	<input type="checkbox"/> Hosp. Das Clínicas/RR - HCR <input type="checkbox"/> Hosp. Lotte Iris - HLI <input type="checkbox"/> Outros
CASO CLÍNICO	Declaro, para os devidos fins, que fui devidamente atendido pelo SAMU, recebi as orientações sobre o meu caso, não sendo necessário, no momento, o meu encaminhamento à unidade hospitalar. Assinatura do Paciente: _____ RG: _____		

PERTINÊNCIA DO PACIENTE	Descrição:	
	Nome do Receptor:	
	Função do Receptor:	
	Assinatura do Receptor:	
TERCEIRO DE RECUSA	<input type="checkbox"/> Declaro para os devidos fins que estou recusando o <u>atendimento pré-hospitalar</u> disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
	<input type="checkbox"/> Declaro para os devidos fins que estou recusando o <u>transporte para unidade hospitalar</u> disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
	Assinatura do Paciente:	RG: _____
	TESTEMUNHA 01:	RG: _____
	TESTEMUNHA 02:	RG: _____

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO
IG p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____	1 RL 500 mL 2 pte de compressas
Perda de líquido: _____	BCF: _____	1 equipo 4 ataduras 20cm
<input type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão		1 fêlco n°-16 e 20 esparadrapos

Abertura Ocular	Classificação	Pontuação
Reflexo aberto prontamente à estimulação	Exponência	4
Abertura ocular em tom de voz normal ou em voz alta	Ab. Sim	3
Abertura ocular após estimulação da extremidade dos pés	Ab. Presão	2
Ausência persistente de abertura ocular sem fatores de interferência	Ausência	1
Outros fatores de desvio a fator local	Não Testado	NT
Resposta Verbal		Pontuação
Resposta coerente relativamente ao nome, local e data	Orientada	5
Resposta não coerente mas compreensível referente	Conscia	4
Palavras isoladas inteligíveis	Palavras	3
Apenas sons	Sons	2
Ausência de resposta audível sem fatores de interferência	Ausência	1
Fator que interfere com a comunicação	Não Testado	NT
Resposta motora		Pontuação
Conhecimento de membros com 2 ações	A. ordem	5
Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo de rascacha ou pressão	Localizador	4
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, porém predominantemente não anormal	Flexão normal	3
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, porém predominantemente claramente anormal	Flexão anormal	2
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	Extensão	1
Ausência de movimento dos membros superiores/inferiores sem fatores de interferência	Ausência	0
Fator que limita resposta motora	Não Testado	NT



22h46

Vítima colusão mto x carro, encontrada, pentada sem capacete, ressegado franchamento + collar cervical apresentando do fratura na região da patela + laceração torço distal do fêmur ± 30 cm com profundidade 10 cm, com exposição de tecidos moles. Com perfuração presente + pulsoação. Realizado protocolo de imobilização + AVP + analgesia, MOR ciente e encaminhada ao GT.

Dr. Vanessa S. de Moraes  
Clínica de Medicina Legal  
CORREN-RA 387261

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
17 JUN 2019  
GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

SAMU 192-DV  
CONFERE CC-31  
GRATUITO  
Em 14/12/18  
Stephanie  
RUBIO

ASSINATURA E CARIMBO

20 JUN 2019 10:58  
00 - 00 00 00 00 00 00 00 00



CNPJ: 05.938.487/0001-15  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.085.426-3  
RUA MELVYN JONES, 218 - SÃO PEDRO - CEP: 98.305-912



236128

Maio/2019

## Dados do Cliente:

REJANE DA LUZ DE QUEIROZ

RUA LOURIVAL SILVA, 1132 - TANCREDO NEVE  
S. BOA VISTA RR 69388-000

Inscrição	Rota	Seq. Rota	Quantidade de Economias
001.014.129.0461.000	17	5203	RESIDENCIAL
Hidrometro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
Y125470735	04/12/2012	LIGADO	LIGADO
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM DE DIAS
LEITURA FAT. 1376	1394	18	34
LEITURA INF.			
DT. LEITURA 16/04/2019	20/05/2019		

## ULTIMOS CONSUMOS

201904	7-0
201903	8-0
201902	9-0
201901	11-0
201812	7-0
201811	4-0
MEDIA	7

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 8448 / 2008 D.M.					
AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTALE	E.COLI
EXIGIDAS	198	198	198	198	198
AMPLIADAS	204	204	204	204	204
CONFORMES	204	204	204	204	204

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(5)		
CONSUMO DE AGUA	18 M3	48,08
ESGOTO	80.0 % DO VALOR DE AGUA	38,47
MULTA P/IMPONTUALIDADE 03/2019		0,86

VENCIMENTO:

15/06/2019

TOTAL A PAGAR

87,41



MATRICULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
236128	05/2019	15/06/2019	87,41

82640000000- 4 87410004001- 1 00023612801- 3 05201970003- 9



ÁREA DE SINISTROS - DPMAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

Via do Cliente

Via do CAER

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

**VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA**

NF: 2772091

**JOSE HORACIO DO NASCIMENTO**

AV GEN ATAIDE TEIVE, 2748 , 02

LIBERDADE

69309000 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO <b>1020749</b>	MÊS <b>04/2019</b>	PERÍODO DE CONSUMO <b>25-MAR-19 a 24-APR-19</b>
CONSUMO (kWh) <b>1051</b>	VENCIMENTO <b>11-MAY-19</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 885,79</b>

**OBSERVAÇÕES**

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO <b>1020749</b>	MÊS <b>04/2019</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 885,79</b>
--------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836000000080.857900750004.000000001024.074904190050

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 434 - Boa Vista - RR



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/BIBLIOTECASWEB/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 nº9,613/98.

Pelo exposto, eu Denilze Correa Dantas inscrito (a) no CPF sob o Nº 792.657.152, 00,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Juamar Serrão da Silva inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 886.462.972, 68, do sinistro de DPVAT cobertura Furto de 3 da Vítima  
Juamar Serrão da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 886.462.972, 68, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Av. General Ataíde Teive</u>		Número <u>2748</u>	Complemento <u>02</u>
Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309.000</u>	
Email <u>lidviboavista.pendencia@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(95) 99117.5392</u>



Boa Vista - RR, 31 de Maio de 2019  
Local e Data

Denilze Correa Dantas  
Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MAILSON DE LIMA LEITE

RG nº 256.570, data de expedição 24/10/2019,

Órgão SSP-RR, portador do CPF nº 002.592.382-01, com

domicílio na cidade de BOA VISTA, no Estado de

RORAIMA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA CB PM JOSÉ TABIRA DE ALENCAR MACEDO, nº 443,

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima JUCIMARA SERRÃO DA SILVA, cujo o condutor era

BENAIAS SABINO ROCHA.

Veículo: YBR

Modelo: YAMAHA

Ano: 2006

Placa: NAM 2023

Chassi: 9C6KE0910E000930

Data do Acidente: 10/09/2018

Local e Data: RUA CARLOS PEREIRA DE MELO 20-03-19 - Boa Vista RR

CARTÓRIO DO  
2º OFÍCIO

MAILSON DE LIMA LEITE

Assinatura do Declarante

Benaias Sabino Rocha

Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

**DANIEL AQUINO**  
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista  
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador  
Av. Aldeia Verde, 4307 - Ara Sombria - Boa Vista/RR  
Fone: (161) 3237-4189  
Email: daniel@boa.vista.cartorioaquirino.com.br

75.510  
Reconhecimento por VERDADEIRA a(s) firma(s)  
"MAILSON DE LIMA LEITE"

Em testemunho da verdade, SSP  
De que dou fé, Boa Vista/RR, 10 de janeiro de 2019.  
Consulte o(s) selo(s) abaixo em [cartorioaquirino.com.br](http://cartorioaquirino.com.br)  
REC.FIR.1682863542FOAKND00FT361

Emolumentos: R\$ 2,22 - Fundos: R\$ 0,60 - Total: R\$ 2,82

*Daniel Aquino*  
Tabelião e Registrador  
Escritório Autorizado

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 424 - Boa Vista - RR

Associação Gomes da Silva  
Aux. Supr. Saúde

☐ Sindromul Torii ☐ Simptomatice Respiratorii ☐ Suspecte de Dengue

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

NO: 1234 DW 12345 NEW 1234567

RECURSOS: HORA DA CONSULTA: \_\_\_\_\_ h)

*John Carter Hays, Jr., Dallas*

166-0076 VSD/MSA

\_\_\_\_\_  
 (Print Name)

4th Foreman to Elizabeth Wilcox

*[Signature]*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SAD! - Exames Complementares

RAIO X	CLASSE	GRUPO	ESPECIE	ANEXO	ANEXO

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
11/11/2017		

Chlorophyll  $a$   $b$   $a+b$

10)  $\frac{1}{1-x^2} = \frac{1}{1-x} \cdot \frac{1}{1+x}$

10. <u>10.10.2023</u>					
11. <u>11.10.2023</u>					
12. <u>12.10.2023</u>					
13. <u>13.10.2023</u>					
14. <u>14.10.2023</u>					
15. <u>15.10.2023</u>					
16. <u>16.10.2023</u>					
17. <u>17.10.2023</u>					
18. <u>18.10.2023</u>					
19. <u>19.10.2023</u>					
20. <u>20.10.2023</u>					
21. <u>21.10.2023</u>					
22. <u>22.10.2023</u>					
23. <u>23.10.2023</u>					
24. <u>24.10.2023</u>					
25. <u>25.10.2023</u>					
26. <u>26.10.2023</u>					
27. <u>27.10.2023</u>					
28. <u>28.10.2023</u>					
29. <u>29.10.2023</u>					
30. <u>30.10.2023</u>					
31. <u>31.10.2023</u>					

0756-9800

\_\_\_\_\_

107. Wentworth, Sam. E. C. Feb 13:00

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1. Gen 1:1-28. 1. Gen 1:1-28, 2016  
 ( ) Ana pnr Locuă: 179016 ( ) Analele 1976

Allyl 6-Bromide	Chromogen (Kodak)
Allyl 2-Bromide	Interphase

\_\_\_\_\_  
 Data e Hora da Escatela: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CONTENÚDO NÃO VERIFICADO

\_\_\_\_\_  
Legislador do Município ou Responsável

\_\_\_\_\_  
Carimbo e Assinatura do Médico

47 JUL 2010

Approved for Release  
2001/06/06 : CIA-RDP80-01067A000100010001-5

[illegible]

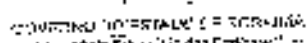
**GENTE SEGURODORA S.A.**

105-011405-5 052-2853-1 341-40010 (RC3) 5/5-4501 8957-5707E 444A/W 1391









JUCIMARA SERRÃO DA SILVA, S/A

15 09 18

$$f_{\text{min}} \in \mathcal{U}(\mathcal{F}, \tau) = \{2\lambda$$
[illegible]

Maximizing the hypothesis  
limited steps 12-14  
no recursion, it is  
it is a simple  
expression

[illegible]

GUESS: \_\_\_\_\_  
 WORD: \_\_\_\_\_  
 SOUNDS: \_\_\_\_\_

[illegible]

TOTAL	2500 N/A
-------	----------

10000     75     10000

Limnospiza viridissima or Popinot's congo-  
winthro - Laniaceae or PERNATS (E)

Leistung: 10 Punkte - Einzelarbeit  
 (ca. 15 min.)  
 Datum: 11.11.2019

Hozzátartozik: 1 példány  
 (Kiadó: Tiszaközlöny - Újváros)

地壳运动：地壳运动是地壳内部物质在地球内部各种力作用下发生的运动。地壳运动分为水平运动和垂直运动。水平运动是指地壳沿水平方向发生的运动，垂直运动是指地壳沿垂直方向发生的运动。地壳运动是地壳内部物质在地球内部各种力作用下发生的运动。地壳运动分为水平运动和垂直运动。水平运动是指地壳沿水平方向发生的运动，垂直运动是指地壳沿垂直方向发生的运动。

00150	(MURPHY)
	1.5

42-51547-254

Eudes Marques Filho  
Mestre Artesão Carpinteiro  
Cidade de São Paulo



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Jussara Ferreira da Silva				13 / 09 / 18	
TIPO		CIRURGIA			
Salvador MIB					
		INICIO	FIM	TEMPO DE DURAÇÃO	
		12:40	1:20		
CIRURGIÃO		EQUIPE MÉDICA			
Dr. Paulo Jefferson		ANESTESISTA: Dr. Carlos			
		RES. ANESTESIA: JAC			
1º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
2º AUXILIAR		CIRCULANTE			
		Circulante: Jussara MIB			
TIPO DE ANESTESIA: Fluoride		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCT'S COMPRESSAS C/02 UNID.		15	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTÉRIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº 3/0	
1	LUVA ESTÉRIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 3/0	
1	LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LOVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 11			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SPDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO	
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
	SERINGA 10ML			GROFOAM	
	SERINGA 20ML			FITA GARIPTAGA - Catgut	
	elastress			OUTROS: Catgut de 02	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			VALOR
INSTRUMENTADOR (A)		MATERIAL MEDICAMENTOS			
Enfermeira: Jussara MIB					SUB-TOTAL
FUNÇÃO/CALCULOS		TAXA DE SALA			
CIRCULANTE DE SALA		TAXA DE ANESTESIA			
					SOMA
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					







F-01



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

PACIENTE: *Adm. Mota* DIH: *11/09/10* DM: *11/09/10*

DIAGNÓSTICO: *fratura de fêmur*

ALERGIAS: *medicamentos*

IDADE: *40 anos* HAS: *NEGA* DM2: *NEGA*

ITEM: *11/09/10*

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	DIFTA ORAL LIVRE	
2	ATP: SFO 0.9% 500ml 1X/die	SV
3	CEFALOTINA 1G EV 8/8H	SV
4	TILATIL 20mg 12/12hs	SV
5	DIPIRONA 2ML EV 8/8 G/N	SV
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 6/6 (2-3) VO DE 8/8 SE DOR INTENSA	SV
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SV
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS	SV
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	SV
10	SSV + CCGG 6/6 II	SV
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 E/OU PAD > 110 MMHG	Relive
14	CURATIVO DIARIO	Atença
15	<i>Curativo diário</i>	Relive
16	<i>Curativo diário</i>	Relive
17	<i>Curativo diário</i>	Relive
18	<i>Curativo diário</i>	Relive
19		
20		

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).  
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 3UI; 301-350: 4UI;  
351-400: 5UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DLML, GLICOSE 50%  
40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ar bloco para programação cirúrgica

*Dep. Ger. e Cir. - Roraima*  
*Queiroz*  
*Henri Faria - Faria*

Regulador  
para leito  
F-01  
Regulador interno

SINAIS VITAIS	T	P	PA	FR
6 H	36.6°C	47	105 X 65	FR
12 H	36	83	135 X 79	
18 H / 15h	36.7	82 bpm	100 X 45 mmHg	20 bpm
24 H	36.8°C	69	115/73	

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA

*11h Paciente foi higienizada  
fratura por meio de lavagem*

*Assinado O. Faria*  
*Assinado em*  
*11/09/2010 14:00*

Nome:	Data:		Fase:		Linha:	
Nome Completo:	Idade:		Sexo:		F.OL	
Emergência:	Hipótese diagnóstica:					
Exatidão da Prescrição:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Faltas	<input type="checkbox"/> Contas	<input type="checkbox"/> Gastos - encasado	<input type="checkbox"/> Gastos - pendentes
Alargos:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Qual (es):			
Necessidade de Intérprete:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Qual (uma):			
Item acompanhante:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Outro:			
Observações:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Sem acompanhamento	<input type="checkbox"/> Amado	<input type="checkbox"/> Outros de rodar	<input type="checkbox"/> Faltas	<input type="checkbox"/> Comprometida/consultante

SISTEMA NEUROLÓGICO			SISTEMA CARDIOVASCULAR		
Consciente	( ) Orientado	( ) Desorientado	Normal	( ) Anormal	( ) Regular
Síntese	( ) Torçiva	( ) Comatoso	Normal	( ) Hipotensão	( ) Hipertensão
Agitado	( ) Range-a-estímulos	( ) Não reage	Pulso cheio	( ) Filiforme	( ) Ausente
PUPILAS			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL		
Reagente	( ) Igual	( ) Misto	VO	( ) SNG/SOG	( ) SNE/SDE
Tecoricas	( ) Anisocóricas	( ) Não reagem	Pré-eclâmpsia	( ) Diarréia	( ) STT ( ) NFI

REGULAÇÃO TÉRMICA			REGULAÇÃO ADIUTÓRIA		
<input type="checkbox"/> Aférril	<input type="checkbox"/> Hipotermia	<input type="checkbox"/> Hipotermia	Exclusões: <input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Absente	<input type="checkbox"/> Colúmbia
<input type="checkbox"/> Fértil	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Próxia	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Diarréia	<input type="checkbox"/> Constipação
<input type="checkbox"/> Hipertermia			Flamas: <input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Absente	

CARACTERÍSTICAS DA PELE				RUBOR DE FÓSFORO			
<input type="checkbox"/> Hidratada	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Ressecada	<input type="checkbox"/> Momenteu	<input type="checkbox"/> Distendida	<input type="checkbox"/> Glândula	<input type="checkbox"/> Hãden	
<input type="checkbox"/> Normotônica	<input type="checkbox"/> Hipotônica	<input type="checkbox"/> Hipertônica	<input type="checkbox"/> Asfítico	<input type="checkbox"/> Marçã	<input type="checkbox"/> Simpático		
<input type="checkbox"/> Anilástica	<input type="checkbox"/> Intensa	<input type="checkbox"/> Cianótica	Rubor Hidrat. ausc.	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente		
<input type="checkbox"/> Aclatônica	<input type="checkbox"/> Edema Local		Visceromegalia:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> TGE	<input type="checkbox"/> Sim
				CETASA SENSÍVEL FÓSFORO			

Outra prescrição: ( ) Sim ( ) Não	( ) Espontânea	( ) SVD	( ) Anúria	( ) Oligúria
Refluxo: _____	( ) Polúria	( ) Lisúria	( ) Colúria	( ) Hematúria
Exatativo realizado: ( ) Sim ( ) Não	EQ: ( ) SIM ( ) NÃO	( ) Cistostomia	( ) Irrigação contínuia	( ) Imenon

SISTEMA RESPIRATORIO					
( ) Eupneico	( ) Bradipneico	( ) Taquipneico	( ) Dispneico	( ) An ambiente	( ) Traqueostomia
Código: 01/2019	( ) Sim	( ) Não	Qual		

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES									
Cateter Periférico:	( ) Sim	( ) Não	Local:		Data:		Inicio em:		
Cateter Central:	( ) Sim	( ) Não	Local:		Curativo realizado em:		Trocar em:		
Sinais de infecção no sítio da punção:	( ) Sim	( ) Não							
Sondas:	( ) Sim	( ) Não	( ) SNG	( ) SNF	( ) SDE	( ) GT	( ) Litotomia	( ) Sinusograma	
Drenos de:			Aspecto da secreção:				Quantidade:		
Cateteres Ventril:	( ) Sim	( ) Não	Data da instalação:				Inicio em:		
Órteses:	( ) Sim	( ) Não	Tipos:				Local:		

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		
1. Deglutição	2. Padrão respiratório irregular	3. _____
3. Risco de nutrição desequilibrada	4. Déficit no autocuidado para alimentação	5. _____
4. Risco de eliminação inusável	5. Déficit no autocuidado para banho/higiene	6. _____
5. Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	6. Conhecimento deficiente	7. _____
6. Volume de líquidos excessivo	7. Comunicação verbal prejudicada	8. _____
7. Volume da língua deficiente	8. Risco de dignidade humana comprometida	9. _____
8. Eliminação urinária prejudicada	9. Processos fisiológicos disfuncionais	10. _____
9. Risco de constipação	10. Risco de quedas	11. _____
10. Diarreia	11. Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	12. _____
11. Incontinência fecal	12. Dor aguda	13. _____
12. Padrão do sono prejudicado	13. Dor crônica	14. _____
13. Incapacidade física prejudicada	14. Edema	15. _____
14. Integridade da pele prejudicada	15. Risco de broncoaspiração	16. _____
15. Risco de integridade da pele prejudicada	16. Risco de infecção	17. _____
16. Conforto prejudicado	17. Ventilação espontânea prejudicada	18. _____



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

HER

01

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

IDADE

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORARIO

DIETA ORAL LIVRE

AVP: SFO 0.9% 500ml 1X/dia

CEFALOTINA 1g EV 8/8h

TILATIL 20mg 12/12h

DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N

TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 0/0p(20g) VO + 6/6h SE DOR INTENSA

PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)

RANITIDINA 50MG EV 8/8h

SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)

SSV + COGG 6/8 h

CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 E/OU PAD > 110 MMHG

CURATIVO DIÁRIO

CENTAMINA 500mg VO 1X/dia

METILQUINA 20h 500mg VO 8/8h

C. LEXANE 40-5 SE 1X/dia

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:

No bloco para programação cirúrgica

Dr. Marcelo Marques

Médico Residente

Ortopedia e Traumatologia

CRP 12181RR

SINAIS VITAIS

6 H

12 H

18 H

24 H

PA

FC

FR

T

130/80

93

20

36

140/80

83

20

36

130/70

68

20

35

129/80

75

20

36

Dr. José S. Galvão

Dr. Entomologia

Dr. Entomologia

RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		Local
1) Negligência	1) Padrão respiratório ineficaz	
2) Risco de nutrição desequilibrada	2) Déficit no autocuidado para alimentação	
3) Risco de glóscula instável	3) Déficit no autocuidado para banho/higiene	
4) Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	4) Conhecimento deficiente	
5) Volume de líquidos excessivo	5) Comunicação verbal prejudicada	
6) Volume de líquidos deficiente	6) Risco de dignidade humana comprometida	
7) Eliminação urinária prejudicada	7) Preocupação familiar desfuncionalizada	
8) Risco de constipação	8) Risco de quedas	
9) Diarreia	9) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	
10) Incontinência intestinal	10) Dor aguda	
11) Padrão de sono prejudicado	11) Dor crônica	
12) Mobilidade física prejudicada	12) Náusea	
13) Integridade da pele prejudicada	13) Risco de hiúno respiratório	
14) Risco de integridade da pele prejudicada	14) Risco de infecção	
15) Conforto prejudicado	15) Ventilação espontânea prejudicada	

Paciente: <u>Yvelimora Serrão da Silva</u>	
<b>DATA:</b> <u>12.09.18</u> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	<b>Localização / Região:</b> <u>MLE</u>  
<b>Etiologia:</b> <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Mielítica <input type="checkbox"/> Neuropática <input checked="" type="checkbox"/> Quimica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outros: _____ <b>Tamanho da Ferida:</b> Comprimento: _____ cm    Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	<b>Localização / Região:</b>   <b>DATA:</b> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Quimica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outros: _____ Comprimento: _____ cm    Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
<b>Aparência do Útilis:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Útilis de granulação <input type="checkbox"/> com escudo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input checked="" type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> profuso, abundante	<input type="checkbox"/> Útilis de granulação <input type="checkbox"/> com escudo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> profuso, abundante
<b>Cor da Exsudato:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguinolento	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguinolento
<b>Odor:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> à beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> (Sem odor)	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguinolento <input type="checkbox"/> Sem odor <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> à beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor
<b>Condição da pele Perifoneal:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Manada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguinolento <input type="checkbox"/> Sem odor <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> à beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Manada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____
<b>Solução para limpeza:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outros: _____
<b>Cobertura primária (Contato direto da ferida):</b> <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outros: _____ <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outros: _____
<b>Hora do curativo:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
<b>Data da Próxima troca:</b> Em caso de + de 24hs: <u>diário</u>	
<b>Compro e ass. Tec. em Enfermagem:</b> <b>Compro e Assinatura do Enfermeiro:</b> <u>Ameliana</u>	<b>Compro e ass. Tec. em Enfermagem:</b> <b>Compro e Assinatura do Enfermeiro:</b> <u>Ameliana</u>
<b>OBS:</b>	<b>OBS:</b>

Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e Comafen, Solutions Program.  
Os pacientes com 62 ou mais anos, estes devem ser avaliados separadamente.





SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DHI		DN	
PACIENTE <i>Mr. Manoel L. da Silva</i>					
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS <i>sem alergia</i>		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA <i>13/04/12</i>	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				24h
2	AVP: SFO.0% 500ml 1X/dia				24h
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6h				12h, 18h, 24h
4	TIL ATIL 20mg 12/12hs				08h, 20h
5	DIPIRONA 2ML EV 8/8h				12h, 18h, 24h
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 51cs(30gts) VO DE 6/6h SE DGR INTENSA				12h, 18h, 24h
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				12h, 18h, 24h
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8hs				12h, 18h, 24h
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				12h, 18h, 24h
10	SSVV + CCGG 6/8 h				12h, 18h, 24h
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				12h, 18h, 24h
14	CURATIVO DIÁRIO				12h, 18h, 24h
15	<i>Antes de usar lavar bem as mãos com água e sabão</i>				12h, 18h, 24h
16	<i>Manter a ferida limpa e seca</i>				12h, 18h, 24h
17	<i>Evitar exposição solar direta</i>				12h, 18h, 24h
18					
19					
20					
<p><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 D/ML, GLICOSE 50%, 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

*paciente portador de fratura de fêmur direito, com lesão de vasos e nervos.*  
*Devido ao estado clínico, a cirurgia será realizada em duas etapas.*

14:25

PA: 122 x 81

FC: 68

FC: 39

T.C. 36.2°C

Yara A. A. Batista  
Téc. Enfermagem  
1979 16 00 7879

SINAIS VITAIS				
6 H	<i>rec</i>	<i>aparecimento</i>		
12 H	154 x 93	68	36.2	
18 H	150 x 90	70	36.0	
24 H				

Regulando para leito  
PLA 104-3 11:15  
Regulação interna

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA



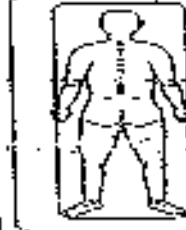
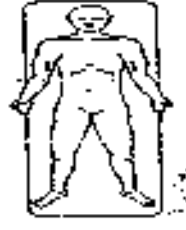
*Dr. Felipe Cavalcanti*  
*Residência em Ortopedia e Traumatologia*  
*14/04/12*

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS ATENDIMENTO

Bloco: <u>F</u>	Data: <u>13/04/16</u>	Enfermeira: <u>CH</u>	Leito: <u>10</u>
Nome Completo: <u>Guimarães L. da Silva</u>	Idade: <u>45</u>	Sexo: <u>F</u>	Relig.: <u>M</u>
Procedente: <u>Unidade de Terapia Intensiva</u>	Admissão: <u>13/04/16</u>	Admissão: <u>13/04/16</u>	Admissão: <u>13/04/16</u>
Alimentação: <u>Alimentação</u>	Alimentação: <u>Alimentação</u>	Alimentação: <u>Alimentação</u>	Alimentação: <u>Alimentação</u>
Alergia: <u>Não</u>	Alergia: <u>Não</u>	Alergia: <u>Não</u>	Alergia: <u>Não</u>
Necessidade de Intubação? <u>Não</u>	Necessidade de Intubação? <u>Não</u>	Necessidade de Intubação? <u>Não</u>	Necessidade de Intubação? <u>Não</u>
Presença de acompanhante: <u>Não</u>	Presença de acompanhante: <u>Não</u>	Presença de acompanhante: <u>Não</u>	Presença de acompanhante: <u>Não</u>
Reavaliação: <u>Normal</u>	Reavaliação: <u>Normal</u>	Reavaliação: <u>Normal</u>	Reavaliação: <u>Normal</u>

<b>SISTEMA NEUROLÓGICO</b> <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Tóxico <input type="checkbox"/> Comatado <input type="checkbox"/> Alagado <input type="checkbox"/> Resposta a estímulos <input type="checkbox"/> Não responde		<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b> <input type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Taquicárdia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Pulso cheio <input type="checkbox"/> Pulso fraco <input type="checkbox"/> Arritmia <input type="checkbox"/> Pulso:	
<b>PUPILAS</b> <input type="checkbox"/> Fotorreagentes <input type="checkbox"/> Mídrias <input type="checkbox"/> Mídrias <input checked="" type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Não reagentes		<b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b> <input checked="" type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> Ausculta do fígado: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Escarro: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Cefaleia <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia <input checked="" type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Malestar <input type="checkbox"/> Flatos: <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	
<b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b> <input checked="" type="checkbox"/> Febril <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Hipertermia <input type="checkbox"/> Febril <input type="checkbox"/> Febril <input type="checkbox"/> Pirexia		<b>REGISTRAÇÃO ABDOMINAL</b> <input type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distensão <input type="checkbox"/> Glóbulos <input type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/> Anictico <input type="checkbox"/> Maciço <input type="checkbox"/> Tampado <input type="checkbox"/> Ruidos hidroacústicos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Visceromegalia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b> <input checked="" type="checkbox"/> Hiperidrose <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Besserrada <input checked="" type="checkbox"/> Normohidrose <input type="checkbox"/> Hiperhidrose <input type="checkbox"/> Hipertrofia <input type="checkbox"/> Anictico <input type="checkbox"/> Ictérico <input type="checkbox"/> Cianótico <input type="checkbox"/> Aclerótico <input type="checkbox"/> Edema local:		<b>SISTEMA URINÁRIO / DIURÉTICO</b> <input checked="" type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Polúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Cálculo <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Irrigação contínua <input type="checkbox"/> Uróptea	
<b>Observação por prescrição: <u>Não</u></b> <b>Resposta:</b> <b>Curativo realizado: <u>Sim</u></b> <b>FE: <u>SIM</u></b> <b>NÃO</b>		<b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b> <input checked="" type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Dispneico <input checked="" type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Traqueostomia <b>Oxigenoterapia: <u>Sim</u></b> <b>Não</b> <b>Quão:</b>	
<b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</b> <b>Cateter Periférico: <u>Sim</u></b> <b>Não</b> <b>Local: <u>14-0</u></b> <b>Data: <u>13/04/16</u></b> <b>Tirar em: <u>13/04/16</u></b> <b>Cateter Central: <u>Sim</u></b> <b>Não</b> <b>Local: <u>14-0</u></b> <b>Curativo realizado em: <u>13/04/16</u></b> <b>Tirar em: <u>13/04/16</u></b> <b>Sinais de infecção no sítio da punção: <u>Sim</u></b> <b>Não</b> <b>Local: <u>14-0</u></b> <b>Data: <u>13/04/16</u></b> <b>Tirar em: <u>13/04/16</u></b> <b>Sondagem: <u>Sim</u></b> <b>Não</b> <b>Local: <u>14-0</u></b> <b>Data: <u>13/04/16</u></b> <b>Tirar em: <u>13/04/16</u></b> <b>Dreno de: <u>Sim</u></b> <b>Não</b> <b>Local: <u>14-0</u></b> <b>Data: <u>13/04/16</u></b> <b>Tirar em: <u>13/04/16</u></b> <b>Órtese: <u>Sim</u></b> <b>Não</b> <b>Local: <u>14-0</u></b> <b>Data: <u>13/04/16</u></b> <b>Tirar em: <u>13/04/16</u></b> <b>Prótese: <u>Sim</u></b> <b>Não</b> <b>Local: <u>14-0</u></b> <b>Data: <u>13/04/16</u></b> <b>Tirar em: <u>13/04/16</u></b>			

<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b> <input checked="" type="checkbox"/> Risco de infecção <input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada <input type="checkbox"/> Risco de queda <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume de líquidos <input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo <input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficitário <input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de constipação <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Incontinência intestinal <input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado <input type="checkbox"/> Atividade física prejudicada <input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada <input type="checkbox"/> Conforto prejudicado		<input type="checkbox"/> Risco de infecção <input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada <input type="checkbox"/> Risco de queda <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume de líquidos <input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo <input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficitário <input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de constipação <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Incontinência intestinal <input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado <input type="checkbox"/> Atividade física prejudicada <input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada <input type="checkbox"/> Conforto prejudicado	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Nome: <u>Jucimara Serrão da Silva</u>	
DATA: <u>13/04/18</u>	Localização / Região: <u>M.I.E</u>
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	 
Etiologia: <input checked="" type="checkbox"/> Pressão / <input type="checkbox"/> II - III - IV / <input type="checkbox"/> Venosa / <input type="checkbox"/> Arterial / <input type="checkbox"/> Úlcera <input type="checkbox"/> queimadura / <input type="checkbox"/> cirúrgica / <input type="checkbox"/> trauma / <input type="checkbox"/> outra: _____	DATA: _____ <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II
Tamanho da Ferida:	Localização / Região:
Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	 
Aparência do Leito: <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação / <input type="checkbox"/> com escorço <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Pressão / <input type="checkbox"/> II - III - IV / <input type="checkbox"/> Venosa / <input type="checkbox"/> Arterial / <input type="checkbox"/> Úlcera <input type="checkbox"/> queimadura / <input type="checkbox"/> cirúrgica / <input type="checkbox"/> trauma / <input type="checkbox"/> outra: _____
Quantidade de Exsudato: <input type="checkbox"/> seco, mínimo / <input type="checkbox"/> limitado, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado / <input type="checkbox"/> abundante	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso / <input type="checkbox"/> purulento / <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Fibrinoso / <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação / <input type="checkbox"/> com escorço <input type="checkbox"/> Tecido necrótico
Dor:	<input type="checkbox"/> seco, mínimo / <input type="checkbox"/> limitado, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado / <input type="checkbox"/> abundante
Olor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura / <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto / <input type="checkbox"/> sem odor	<input type="checkbox"/> Seroso / <input type="checkbox"/> purulento / <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Fibrinoso / <input type="checkbox"/> Serososanguíneo
Condição da pele Periférica: <input type="checkbox"/> Normal / <input type="checkbox"/> Macerada / <input type="checkbox"/> seca / <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido / <input type="checkbox"/> Outras: _____	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não
Solução para Empacot: <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% / <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% / <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura / <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto / <input type="checkbox"/> sem odor
Cobertura primária (Contato direto ao ferido): <input type="checkbox"/> Gaze / <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase / <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE / <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não
Hora do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã / <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% / <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% / <input type="checkbox"/> Outro: _____
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	<input type="checkbox"/> Gaze / <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase / <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE / <input type="checkbox"/> Outro: _____
Caderno e resp. Tec. em Enfermagem	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% / <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% / <input type="checkbox"/> Outro: _____
Caderno e Assinatura do Enfermeiro	<input type="checkbox"/> Gaze / <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase / <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE / <input type="checkbox"/> Outro: _____
OBS:	OBS:

104-1



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE JUCIMARA SERRAO DA SILVA		
AGNÓSTICO		
ALERGIAS	HAS	DM2
IDADE	LEITO	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO	
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	TFNOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA S/N	
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DL 6/6H	
9	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DC 8/8H SE DOR INTENSA	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 L OU PAD > 110 MMHG	
11	SSVV + COGS 8/8 H	
12	CURATIVO DIÁRIO	
13	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (INICIO 11/09)	
14	METRONIDAZOL 500MG EV 8/8HR	
15	GLEXANE 40 MG SC 1X DIA	
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
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 80%: 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

# MONITORIA PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICÚTICO, AFEBRIL, PULNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.  
# SOLICITADO:  
# CONDUITA: MANTIDA

06h P.A 122 x 78  
FC 80  
TAX: 5 T. Torax  
Isaquel Lacerda Silva  
Ferreira  
DORCI

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	SEM PRLV	SÃO	FR
12 H	125 x 76	79	17	35,82
18 H	87 x 63	80	19	36,21
24 H	106 x 67	81		

Dr. Fernando Rezende  
CRM/RR 2007  
Residente de Ortopedia e Traumatologia

Realizado exame de vista em 11/09/2018. Paciente medicado com, exceto a farm 15, pelo farmacêutico responsável. Verificado OK.

Geandria dos Santos Pereira  
Técnica de Radiologia  
RORAIMA 123.340-TEG



acompanhamento das Feridas  
Comissão de Curativo - HCR

Protocolo Nº 1

Versão: 06

Atualizado em 2013  
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENT/LEITO: 104.1

Nome: Guimaraes, Sônia

DATA: 24/09/18

☐ GRAU - I

☒ GRAU - II

Localização / Região

M.E.

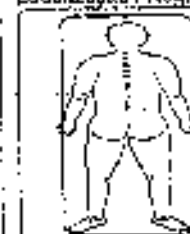


DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão - I - II - III - IV ☐ Vênosa ☐ Arterial ☐ Diabetes  
☐ Queimadura ☐ Química ☐ Trauma contuso

Tamanho da Ferida

Comprimento 5cm Largura 2cm  
Profundidade 1cm

Aspecto do Leito

☒ Tachio de granulação ☐ sem esclero  
☐ Leito necrótico

Quantidade de Exudato

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

Tipo de exsudato

☐ Sero ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento  
☐ Purulento ☒ Serosossanguíneo

Cor

☒ Vermelho ☐ Amarelo

Odor

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

Condição da pele  
Periférica

☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Escama / Rubor  
☐ Prurido ☐ Outros

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%  
☐ Clorexidina 4% ☐ Outros

Cobertura primária  
(Contato direto da lesão)

☒ Gaze ☐ Colágeno  
☒ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata  
☐ AGE ☐ Outros

Hora do curativo

☐ Manhã ☒ Tarde

Data da Próxima troca  
Em caso de 6 de 24hs

Carimbo e ass.  
Téc. em Enfermagem

Vanessa da Silva Moraes  
Téc. em Enfermagem

Carimbo e Assinatura  
do Enfermeiro

COREN-PR 955.1.1.177  
COREN-PR 624.672

OBS:

OBS:







Acompanhamento das Feridas  
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1 Versão 01

Data de Revisão:  
Fevereiro 2013

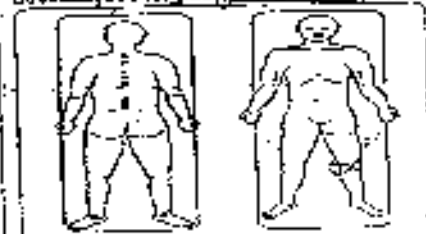
Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 104-6

Nome: Juliana Senão da Silva

DATA: 15/09/18

Localização / Região: H.I.C.



GRAU - I

GRAU - II

Etiologia:

Localização da Ferida:

Aparência do Leito:

Quantidade do Exsudato:

Tipo de exsudato:

Dor:

Odor:

Condição da pele  
Periférica:

Solução para limpeza:

Cobertura primária  
(contato direto da lesão)

Plano curativo:

Data da próxima troca:  
Em caso de + de 24hs

Carimbo e ass.  
Téc. em Enfermagem

Carimbo e Assinatura  
do Enfermeiro

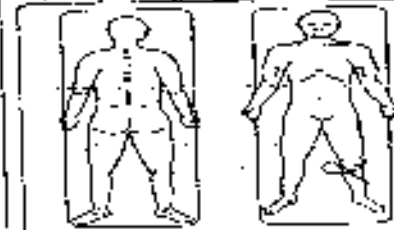
OBS:

DATA: 15/09

GRAU - I

GRAU - II

Localização / Região: H.I.C.



Diagnóstico I - II - III - IV Venosa - Arterial - Diabética  
oncogênica - traumática - cirúrgica - queimadura

Comprimento: cm Largura: cm  
Profundidade: cm

Tecido de granulação: - sem escara  
Tecido necrótico: - escara

seco, mínimo úmido, pouco  
úmido, moderado muito, abundante

Seroso Fibrinoso Sanguinolento  
Purulento Serosanguíneo

Sim Não

evidente na remoção da cobertura na beira do leito  
evidente ao entrar no quarto sem odor

Normal Macerada seca Crisma / Rubor  
Prurido Outras

Soro Fisiológico 0,9% Clorexidina 4%  
Outro:

Gaze Colagenase  
Fibrinase Sulfadiazina de Prata  
AGE Outro:

Manha Tarde

Manha Tarde

01- 02-  
Carimbo e Assinatura  
do Enfermeiro

Carimbo e Assinatura  
do Enfermeiro

OBS:

OBS:

OBS:

OBS:

OBS:

OBS:

OBS:

OBS:

OBS:

OBS:



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE JUCIMARA SERRAO DA SILVA					
ACNÓSTIC					
ALERGIAS		HAS		DM?	
IDADE		LEITO		DATA	
JTCM		104-1		16/09/2018	
PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIFTA ORAL CIVRE				S.N.D
2	SF 0,9% 500ML EV S/N				S.V
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA S/N				S.V
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				S.V
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 8/8H				S.V
9	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				S.V
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SF PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				Atenção
11	SSVV + CCGG 6/6 H				R.D. ma
12	CLIMATIZADOR DIÁRIO				Atenção
13	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (INICIO 11/09)				Atenção
14	METRONIDAZOL 500MG EV 8/8H				Atenção
15	CLEXANE 40 MG SC 1X DIA				Atenção
16					
17					
18					
19					
20					
<p><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 L OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

41 INCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,  
ATIVO, REATIVO, COM FACTUANTE  
4 EXAME FÍSICO: B&G, ACIANÓTICO,  
ANICTÉRICO, APT. BRIL, LUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO.  
450% C/ADO:  
4 CONDUZA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

DATA	PA	FC	FR
12H	100x66	96	35.5
18H	100x66	96	35.5
22H	128x98	110	

MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA  
E TRAUMATOLOGIA  
MARCOS AGUIAR  
CRM 100.000

Doente - Paciente de estavel pt. m. a. o. m. + 1800/13  
600 Trocador AVP.

Dr. Marcos Aguiar  
Residência de Ortopedia e Traumatologia  
12/09/2018

17.09.18  
5.15  
C. Aguiar



ENT/LEITO: 1042

Nome: <u>Marciano Pereira da Silva</u>	
DATA: <u>16/09</u>	Localização / Região: <u>M2C</u>
DATA: <u>16/09</u>	Localização / Região: <u>M2C</u>
<input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	<input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II
<b>Etiologia</b> <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Distensão <input type="checkbox"/> oncopática <input type="checkbox"/> queimadura <input type="checkbox"/> trauma <input type="checkbox"/> outras:	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Distensão <input type="checkbox"/> oncopática <input type="checkbox"/> queimadura <input type="checkbox"/> trauma <input type="checkbox"/> outras: <u>trauma</u>
<b>Tamanho da Ferida:</b> Comprimento: <u>5</u> cm Profundidade: <u>1</u> cm	Comprimento: <u>5</u> cm Profundidade: <u>1</u> cm
<b>Aparência do Leito:</b> <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esclero <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> sem esclero <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Seco
<b>Quantidade de Exsudato:</b> <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
<b>Tipo de exsudato:</b> <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo
<b>Dois:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>Odor:</b> <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor
<b>Condição da pele Periférica:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:
<b>Solução para limpeza:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outra:	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outra:
<b>Cobertura primária (Contato direto na lesão):</b> <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outra:	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outra:
<b>Medic. do curativo:</b> <input type="checkbox"/> Manhã <input checked="" type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input checked="" type="checkbox"/> Tarde
<b>Data da Próxima troca:</b> Em caso de + de 24hs	<b>Data da Próxima troca:</b> Em caso de + de 24hs
<b>Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem</b> <u>Marciano Pereira da Silva</u> COREN-RR 415.273	<b>Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem</b> <u>Marciano Pereira da Silva</u> COREN-RR 415.273
<b>Carimbo e Assinatura do Enfermeiro</b>	<b>Carimbo e Assinatura do Enfermeiro</b>
<b>OBS:</b>	<b>OBS:</b>



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

III

DN

PACIENTE JUCIMARA SERRAO DA SILVA

AGNOSTIC

ALERGIAS

HAS

DM2

IDADE

LEITO

104-1

DATA

17/09/2018

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

SND

DILTA ORAL 1 IVRL

2 SF 0,9% 500ML EV S/N

4 CENOXICAM 40 MG, IV, 1 X/DIA S/N

7 METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N

8 DAPIRONA 500MG 2V, EV DE 6/6H

9 IRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV 1L 8/8H SE DOR INTENSA

10 CAPTOPRIL 25 mg VO SF PAS > 150 E OU PAD > 110 MMHG

11 SSV + CCCC 6/6 H

12 CURATIVO DIÁRIO

13 CEFOTRÍAX 240MG EV 1 X AO DIA (INÍCIO 11/09)

14 METRONIDAZOL 500MG EV 8/8H

15 CLEFANE 40 MG SC 1 X DIA

16

17

18

19

20

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ALCONTO PACIENTE DE TADO NO LLITO,  
ATIVO, RELATIVO, CONTACTUANTE  
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO,  
ANCIÉRICO, APLBRIL, PUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITAÇÃO:

CONDIÇÃO: MANTIDA

PROGNÓSTICO DE CIRURGIA

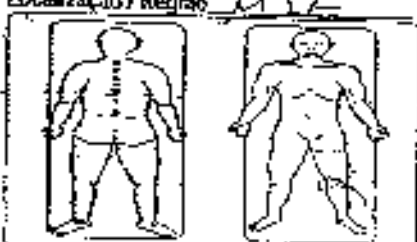

PREPARAÇÃO DE ALTA SEM PRELAVÃO

U/H	PA	PC	FR
12 H	62	62	
18 H			
24 H			

MEDICO RESPONSÁVEL DE ORTOPÉDIA  
ETRAUMATOLOGIA  
MARCOS AGUIAR  
CENTRO-RR

12 Hs paciente em estado de  
alerta, bem como com  
a SF 0,9% segun nos resultados  
Karyo 0,9% em função de...



Nome: <u>Juvenara Severina da Silva</u>		309.1	
DATA: <u>17/09/18</u>	Localização / Região: <u>M.E.</u>	DATA: _____	Localização / Região: _____
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II		<input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	
Etiologia: <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Úlcera Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Isêmica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outras: _____	Contingência: <input type="checkbox"/> em <input type="checkbox"/> Lateral: <input type="checkbox"/> em <input type="checkbox"/> Profundidade: <input type="checkbox"/> em	Etiologia: <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Úlcera Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Isêmica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outras: _____	Contingência: <input type="checkbox"/> em <input type="checkbox"/> Lateral: <input type="checkbox"/> em <input type="checkbox"/> Profundidade: <input type="checkbox"/> em
Aparência do Leito: <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escasseio <input checked="" type="checkbox"/> Tecido necrótico <u>Sulfato</u>	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escasseio <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
Quantidade de Exsudato: <input type="checkbox"/> Serooso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serosanguíneo	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Quantidade de Exsudato: <input type="checkbox"/> Serooso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Odores: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> sem odor	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Edema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____	Odores: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> sem odor	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Edema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____
Solução por: <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outros: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outros: _____	Solução por: <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outros: _____
Hora do curativo: <input type="checkbox"/> Manhã <input checked="" type="checkbox"/> Tarde	Data da Próxima troca: <u>Diário</u>	Hora do curativo: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	Data da Próxima troca: _____
Contato e ass. em Enfermagem: <u>Vanessa</u>	Contato e ass. em Enfermagem: <u>Ana 939.622</u>	Contato e ass. em Enfermagem: _____	Contato e ass. em Enfermagem: _____
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____	Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____	Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____	Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____
ONS: _____		ONS: _____	



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

PACIENTE: Alcides Martins da Silva \_\_\_\_\_ ANOS.  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, \_\_\_\_\_  
DIAGNÓSTICO DE Tuberculose pulmonar



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

**RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS**

PACIENTE Guarino Alencar do Nêro 32 ANOS,  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 11/09/18 COM  
DIAGNÓSTICO DE Lesão parcial do tendão patelo

NO DIA 11/09/18 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
Artroscopia do joelho parcial do tendão patelo SENDO  
OPERADO PELO DR. Paulo Jefferson E DR. —

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 17/09/18 ÀS 1500h EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 17/09/18 ÀS —

DR. Paulo Jefferson

ÁREA DE ANISTROS - DPMAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUN 2019

**ORIENTAÇÕES GERAIS:**

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

SEJA VISTA 17/09/18

DR. Paulo Jefferson  
Cirurgião Especialista em Ortopedia  
CRM 116.158

MÉDICO

**NOME: JUCIMARA SERRAO DA SILVA****DATA: 05/01/2019****IDADE: 32 ANOS****CONVÊNIO: PARTICULAR****MÉD. SOLICITANTE: DR. ALAN BRAGA PERFEITO****RELATORIO ULTRASSONOGRAFICO JOELHO ESQUERDO**REALIZAMOS ULTRASSONOGRAFIA EM MODO BILDMENSIONAL, COM EQUIPAMENTO DINÂMICO LINEAR  
MULTIFREQUÊNCIA, 2,5 - 7,5 - 12 MHz.

TENDÃO DO QUADRICEPS DE ASPECTO ESPESADO, MAIS ECOGENICO QUE O NORMAL. CARACTERÍSTICO DOS PROCESSOS INFLAMATÓRIO CRÔNICOS SEVEROS.

NA REGIÃO ANTERIOR DO JOELHO E NA PORÇÃO LATERAL INTERNO E EXTERNO DA PATELA APRECIAMOS MODERADAS QUANTIDADES DE IMAGENS ANECOGENICAS, SEM ELEMENTOS CORPUSCULARES EM SEU INTERIOR, NÃO ENCAPSULADAS, QUE CORRESPONDEM A LÍQUIDO, SEM SUGERIR ABCESSOS, CORRESPONDENDO A UM DERRAME EXTRA-ARTICULAR MÍNIMO.

NÃO HÁ COMPROMETIMENTO DAS ESTRUTURAS VASCULARES.

**LIGAMENTOS CRUZADOS:**

SEM ALTERAÇÕES DA ECOGENICIDADE DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR.

LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR DE CARACTERÍSTICAS ECOGRÁFICAS NORMAIS.

APRECIAMOS NO PERÍOSTIO DO TERÇO SUPERIOR DA TÍBIA TIPO FRONÔS.

**LIGAMENTOS COLATERAIS**

LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL, INTERNO E EXTERNO DE CARACTERÍSTICAS NORMAIS.

**OPINIÃO:**

- IMAGENS QUE SUGEREM TENDINITE CRÔNICA SEVERA DO TENDÃO DO QUADRICEPS DA COXA DIREITA.
- DERRAME EXTRA-ARTICULAR NA PORÇÃO ANTERIOR E LATERAL DA PATELA.

  
**GUILHERMO Z. PANTOJA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG

MÉDICO ESPECIALISTA EM MEDICINA DA PATELA - ESPECIALISTA EM ULTRASSONOGRAFIA - UNIVERSIDADE DA ÁREA ANTONIA

BUGOTA - COLOMBIANA - MEMBRO DA FUNDAÇÃO PARA O AVANÇO DA REUMATOLOGIA - FARE - PORTO, COLOMBIANA - MEMBRO

TITULAR DO AMERICAN INSTITUTE OF ULTRASOUND IN MEDICINE - AIUM - LAUREL, MD - ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA

MÉDICO TITULAR - PRESIDENTE - ASSOCIAÇÃO COLOMBIANA DE MÉDICOS ULTRASSONOGRAFISTAS - SOCODIM - 2003 - 2005

- MEMBRO TITULAR DA SOCIEDADE COLOMBIANA DE ULTRASSONOGRAFIA MÉDICA - SOCODIM - E FEDERAÇÃO

LATINOAMERICANA DE ULTRASSONIDO - FLACS - MEMBRO LÍDER DA FEDERAÇÃO DE SOCIEDADES DE ULTRASSONOGRAFIA

- FISICAL - SOCIO-MEMBRO LÍDER DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ULTRASSONOGRAFIA - S.BUS - SÃO PAULO - BRASIL - CEM

- AM 2007.

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

17 JUN 2019

**GENTE SEGURO S.A.**

Av. Celso de Figueiredo, 414 - Rio de Janeiro, RJ

AP

E



Nome do paciente: LUCIMARA GUTERRES DA SILVA

Data da Exatidão: 15/01/2008

BMD - DIAGNOSTICOS

Sexo: Feminino

Data do Exame: 02/01/2010 14:08:23

Nº do Acesso: 075365 01 12-197

99,0 %

técnico (a):

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

NOME  
JUCIARA SERRAO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMBOSAGEM  
18886109 SSP AM

CPF  
886.462.972-68

DATA NASCIMENTO  
16/04/1986

FUNÇÃO  
JOAQUIM RAMOS DA SILVA  
LIEUTEN LARONDA SERRAO

PERMISSÃO  
ACF - 12/12/2019  
CAT. A/B - 03/10/2009

INSCRIÇÃO  
04771072872

VALIDADE  
19/12/2019

EMISSÃO  
03/10/2009

OBSERVAÇÕES

Assinatura de Juciara Serrao da Silva

LOCAL  
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO  
22/12/2014

CODIGO DE EMISSÃO  
0868888014  
RNR07875421

DETRAN RR (RORAIMA)  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
909990447

PROIBIDO PLASTIFICAR  
909990447

ÁREA DE SINISTROS - DPMAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUN 2019

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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
DENILZE CORREA DANTAS

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR/UF  
3142655 SSP RR

CPF  
792.657.152-00

DATA NASCIMENTO  
08/03/1979

FILIAÇÃO  
JOSE DE SOUZA CORREA  
EVANGELINA LOBATO DA  
SILVA

PERMISSÃO  
ACC  
CAT. HAB.  
B

Nº REGISTRO  
04953412311

VALIDADE  
26/08/2019

1ª HABILITAÇÃO  
31/05/2010

OBSERVAÇÕES

*Denilze Correa Dantas*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO  
25/08/2014

*Regilson Dantas Santos*  
Diretor - Presidente  
DETRAN RR  
ASSINATURA DO EMISSOR

59564648026  
RR207683212

DETRAN-RR (RORAIMA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
905314502

PROIBIDO PLASTIFICAR  
905314502

ÁREA DE SINISTROS - DPMAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUN 2019

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



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUN 2019

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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETRAN - RR	
Nº 011387771986	
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO	
VIA	00878349707
01	811150X1600
NOME/ENDEREÇO	
MAILSON DE LIMA LEITE AV CB PM JOSE T. A MACE CARANA Nº 443 BOA VISTA-RR 69313595	
OFF ONF	PLACA
002.592.382-01	NAM2023
NOME ANTERIOR	
RONEI DO VIEIRA DA SILVEIRA	
PLACA ANT/UF	CHASSI
	9C6KE091060009300
ESPECIE/TPO	COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC.	GASOLINA
MARCA/MODELO	ANO FAB - ANO MOD
YAMAHA/YBR 125E	2006 2006
CAP/POT/CIL	CATEGORIA
2P/0124CC/	PARTICU
COR PREDOMINANTE	
PRETA	
OBSERVAÇÕES	
SEM RESERVA DE DOMÍNIO * PROIB SAIR AMAZ OCID *	
Eduardo Silva de Castilho Diretor Presidente Interino	
BOA VISTA-RR	DATA
DETRAN-RR	26/02/2016

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190385191 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JUCIMARA SERRAO DA SILVA **Data do acidente:** 10/09/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 31/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA LÁCERO CONTUSO NO JOELHO ESQUERDO (LESÃO PARCIAL DO TENDÃO PATELAR).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA CIRÚRGICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA). P.3 ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190385191 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JUCIMARA SERRAO DA SILVA **Data do acidente:** 10/09/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 31/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA LÁCERO CONTUSO NO JOELHO ESQUERDO (LESÃO PARCIAL DO TENDÃO PATELAR).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA CIRÚRGICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA). P.3 ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

---

**Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190385191**

**Vítima: JUCIMARA SERRAO DA SILVA**

**Data do Acidente: 10/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JUCIMARA SERRAO DA SILVA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190385191**

**Vítima: JUCIMARA SERRAO DA SILVA**

**Data do Acidente: 10/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), JUCIMARA SERRAO DA SILVA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASE: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: **886.462.972-68** Nome completo da vítima: **Jucimar Serrão da Silva**  
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **Jucimar Serrão da Silva** Profissão: **Ator** Endereço: **Rua Barroal Silva** Cidade: **Boa Vista** Estado: **RR** CEP: **69.300.000**  
E-mail: **lidiarbenista.pendencia@igmail.com** Telefone: **(95) 99117-5392**

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

DADOS CADASTRAIS

## RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **3027**

CONTA: **44690**

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Peço motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das sequelas decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar-la, caso discorde do seu conteúdo.

ÁREA DE ABUSOS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
R. Capão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Gráu de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **Boa Vista, RR 12 de junho 19**

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

## TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

**Jucimar Serrão da Silva**  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**Paulo Sérgio Santos**  
Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 31901385191 3 - CPF da vítima: 886.462.972-68 4 - Nome completo da vítima: Juimara Senão da Silva

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

5 - Nome completo: Juimara Senão da Silva 6 - CPF: 886.462.972-68  
7 - Profissão: Op. de caixa 8 - Endereço: Rua Bourival Silva 9 - Número: 1132 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Tancredo Neves 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: PE 14 - CEP: 69.300.000  
15 - E-mail: liderbaavista.pendencia@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (95) 99117-5392

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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: 3027 CONTA: 44690

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder 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 IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista, PE 23 de julho 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

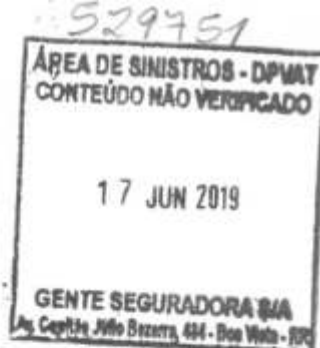
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 015278/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 23/05/2019 10:02 Data/Hora Fim: 23/05/2019 10:21  
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 23/05/2019  
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 10/09/2018 21:50

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)  
Logradouro: Avenida Carlos Pereira de Melo

Bairro: Caraná

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JUCIMARA SERRÃO DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AM - Manaus Sexo: Feminino Nasc: 16/04/1986  
Profissão: Operador de Caixa  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Linethe Laborda Serão

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 886.462.972-68  
RG - Carteira de Identidade: 18686109

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Rua Lourival Silva  
Bairro: Tancredo Neves

Nº: 1132

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante acima qualificada, compareceu a esta especializada para informar que na data, local e hora acima mencionados, trafegava na garupa da MOTOCICLETA YAMAHA 125 E, PLACA NAM 2023, CHASSI 9C6KE09060009300, de propriedade de MAILSON DE LIMA LEITE, conduzido por BENAIAS SABINO ROCHA, que é habilitado, quando na ocasião um CARRO BRANCO de PLACA e CONDUTOR não identificados, que em seguida se evadiu do local, veio a colidir no veículo em que a comunicante se encontrava, vindo a mesma a cair. Informa ainda que em decorrência da queda, veio ocasionar lesão no joelho esquerdo, sendo conduzida ao HGR pelo SAMU para atendimento médico e que este registro é somente para fins de SEGURO DPVAT.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 015278/2019

ASSINATURAS

  
Carlos Regis Cunha  
Responsável pelo Atendimento

  
Jucimara Serrão da Silva  
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

DA

23 MAIO 2019

AGENTE DE POLÍCIA  
CONFERIDOR

MAI. 42000372



