

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do sinistro:	3190655586
Nome do(a) Examinado(a):	JANDERSON FARIAS SICSU
Endereço do(a) Examinado(a):	AVENIDA MANOEL ANICETO PONTES 714 EQUATORIAL
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	508.564.132-91
Data e local do acidente:	30/06/2019 BOA VISTA - RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 06/12/2019

Resultado da Avaliação Médica

I) Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

VITIMA DE COLISÃO MOTO/CARRO COM CONSEQUENTE POLITRAUMATISMO: FRATURA DA PELVE

II) Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

VITIMA FEZ TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO NA PELVE + LAPAROTOMIA EXPLORADORA DEVIDO DISTENSÃO ABDOMINAL (SEM LESÃO DE ÓRGÃO); FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM NOVEMBRO DE 2019 E EVOLUIU COM SEQUELAS

III) Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

ABDÔMEN: PRESENÇA DE CICATRIZ DE LAPAROTOMIA EXPLORADORA

MIE/PELVE: TESTE DE PATRICK POSITIVO + LIMITAÇÃO ACENTUADA DA ABDUÇÃO DO MIE + CREPITAÇÃO EM ARTICULAÇÃO COXO/FEMORAL, COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA DE SUSTENTAÇÃO DO CORPO SOMENTE COM O MIE + CLAUDICAÇÃO

IV) Nexô de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) SIM () NÃO

V) Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

(X) SIM () NÃO

VI) Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente.

QUADRIL E: COMPROMETIMENTO ANÁTOMO FUNCIONAL EM GRAU ACENTUADO

MIE: COMPROMETIMENTO ANÁTOMO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO

VII) Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias.

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): QUADRIL ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela): MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve (X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII) . * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.




Dr. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO - Registro no CRM: 1032 - RR

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0414144/19

Vítima: JANDERSON FARIAS SICSU

CPF: 508.564.132-91

Data do acidente: 30/06/2019

Titular do CPF: JANDERSON FARIAS
SICSU

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

JANDERSON FARIAS SICSU : 508.564.132-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/11/2019
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/11/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190655586 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANDERSON FARIAS SICSU **Data do acidente:** 30/06/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA PELVE

Descrição do exame ABDÔMEN: PRESENÇA DE CICATRIZ DE LAPAROTOMIA EXPLORADORA

físico: MIE/PELVE: TESTE DE PATRICK POSITIVO + LIMITAÇÃO ACENTUADA DA ABDUÇÃO DO MIE + CREPITAÇÃO EM ARTICULAÇÃO COXO/FEMORAL, COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA DE SUSTENTAÇÃO DO CORPO SOMENTE COM O MIE + CLAUDICAÇÃO

Resultados terapêuticos: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO NA PELVE + LAPAROTOMIA EXPLORADORA DEVIDO DISTENSÃO ABDOMINAL (SEM LESÃO DE ÓRGÃO); FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM NOVEMBRO DE 2019 E EVOLUIU COM SEQUELA

Sequelas permanentes: QUADRIL ESQUERDO: COMPROMETIMENTO ANÁTOMO FUNCIONAL EM GRAU ACENTUADO
MEMBRO INFERIOR ESQUERDO: COMPROMETIMENTO ANÁTOMO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/12/2019

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM A AVALIAÇÃO MEDICA A FRATURA DE PELVE COM A DESCRIÇÃO APRESENTADA SE RELACIONA À RESTRIÇÃO DE MOVIMENTOS EM QUADRIL ESQUERDO. ENTENDEMOS ASSIM QUE O ATO INDENIZATÓRIO ESTEJA LIGADO A SEQUELA INTENSA DE QUADRIL ESQUERDO

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190655586

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JANDERSON FARIAS SICSU

Data do acidente: 30/06/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA PELVE

Descrição do exame ABDÔMEN: PRESENÇA DE CICATRIZ DE LAPAROTOMIA EXPLORADORA

físico: MIE/PELVE: TESTE DE PATRICK POSITIVO + LIMITAÇÃO ACENTUADA DA ABDUÇÃO DO MIE + CREPITAÇÃO EM ARTICULAÇÃO COXO/FEMORAL, COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA DE SUSTENTAÇÃO DO CORPO SOMENTE COM O MIE + CLAUDICAÇÃO

Resultados terapêuticos: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO NA PELVE + LAPAROTOMIA EXPLORADORA DEVIDO DISTENSÃO ABDOMINAL (SEM LESÃO DE ÓRGÃO); FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM NOVEMBRO DE 2019 E EVOLUIU COM SEQUELA

Sequelas permanentes: QUADRIL ESQUERDO: COMPROMETIMENTO ANÁTOMO FUNCIONAL EM GRAU ACENTUADO, MEMBRO INFERIOR ESQUERDO: COMPROMETIMENTO ANÁTOMO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/12/2019

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM A AVALIAÇÃO MEDICA A FRATURA DE PELVE COM A DESCRIÇÃO APRESENTADA SE RELACIONA À RESTRIÇÃO DE MOVIMENTOS EM QUADRIL ESQUERDO. ENTENDEMOS ASSIM QUE O ATO INDENIZATÓRIO ESTEJA LIGADO A SEQUELA INTENSA DE QUADRIL ESQUERDO

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190655586 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANDERSON FARIAS SICSU **Data do acidente:** 30/06/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO ABDOMINAL. P20
TRAUMA TESTICULAR. P33
DISJUNÇÃO DE SÍNFISE PÚBLICA. P1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAPAROTOMIA EXPLORADORA ; QUADRIL: FIXADOR EXTERNO). P 2, 39
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @40

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190655586 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANDERSON FARIAS SICSU **Data do acidente:** 30/06/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO ABDOMINAL. P20
TRAUMA TESTICULAR. P33
DISJUNÇÃO DE SÍNFISE PÚBLICA. P1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAPAROTOMIA EXPLORADORA ; QUADRIL: FIXADOR EXTERNO). P 2, 39
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @40

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JANDERSON FARIAS SICSU

Identidade: 140326 SSP/RR CPF: 508.564.132-91

Naturalidade: PARINTINS/AM **Nacionalidade:** BRASILEIRO

Estado Civil: CASADO **Profissão:** SUPERVISOR DE VENDAS

Endereço: AV MANOEL ANICETO PONTES, 714 - EQUATORIAL

OUTORGADO:

Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Nacionalidade: BRASILEIRA **Estado Civil:** CASADA

Profissão: FUNCIONÁRIA PÚBLICA **Identidade:** 80232 SSP/RR CPF: 294.316.382-15

Endereço: RUA JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA, 359 - CARANÃ

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT .

Boa Vista-RR, 07 de agosto de 2019.



Janderson Farias Sicsu

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190655586

Vítima: JANDERSON FARIAS SICSU

Data do Acidente: 30/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JANDERSON FARIAS SICSU

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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 informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190655586

Vítima: JANDERSON FARIAS SICSU

Data do Acidente: 30/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JANDERSON FARIAS SICSU

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do 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 informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190655586

Vítima: JANDERSON FARIAS SICSU

Data do Acidente: 30/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JANDERSON FARIAS SICSU

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: JANDERSON FARIAS SICSU

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 033

Agência: 000003436

Conta: 000001075700-4

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

50856413291

4 - Nome completo da vítima:

JANDERSON FARIAS SICSU

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

5 - Nome completo:

JANDERSON FARIAS SICSU

7 - Profissão:

SUPERV. DE VENDAS

8 - Endereço:

AV. MANOEL ANICETO PONTES

6 - CPF:

50856413291

11 - Bairro:

EQUATORIAL

12 - Cidade:

BOA VISTA

9 - Número:

714

10 - Complemento:

-

15 - E-mail:

LUANNA.SOU22A71@HOTMAIL.COM

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69317-346

16 - Tel. (DDD):

95991168367

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

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

☐ Sim

☐ Não

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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

BOA VISTA, 15/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CPF 001 1/007/2010

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NAO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JANDERSON FARIAS SICSU

BANCO: 033

AGÊNCIA: 03436

CONTA: 000001075700-4

Nr. da Autenticação D36AF8D87C0C9848



Para contato
conosco informe
este número

SEU CÓDIGO

0107525-0

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 968/13

Nº da Nota Fiscal: 003302320

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTAS MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	06/08/2019	214	205,71

WANDERLEIA DO NASCIMENTO MEIRELES
AV MANOEL ANICETO PONTES 714 EQUATORIAL
CONJUNTO CRUVIANA II
CEP: 69.300-000 - BOA VISTA

ROT: 7.001.28.06.024600

DADOS DA LEITURA	kWh	kVArh	DATAS DA LEITURA
Atual:	13568		Atual: 23/07/2019
Anterior:	13354		Anterior: 21/06/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 23/08/2019
Consumo Medido:	214		Emissão: 22/07/2019
Consumo Faturado:	214	FCAM	Apresentação: 23/07/2019

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	141DB00516		1.1.1.2	202

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUN/19 148	CONSUMO 214 A R\$ 0,764602 = 163,62
MAI/19 176	CORRECAO MONETARIA DA 04/19-00 0,19
ABR/19 308	CORRECAO MONETARIA IG 04/19-00 3,54
MAR/19 241	MULTA POR ATRASO DE I 04/19-00 2,31
FEV/19 199	JUROS DE MORA POR ATR 04/19-00 0,54
JAN/19 212	MULTA POR ATRASO 04/19-00 4,87
DEZ/18 146	JUROS DE MORA DE IMPO 04/19-00 5,11
NOV/18 276	ILUMINACAO PUBLICA 25,53
OUT/18 264	
SET/18 173	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 214 - 0,654620	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a pagamento do fomento de energia elétrica a partir de 01/03/2019, em função das contas faturadas nesta fatura. O valor pago pelo fomento de energia elétrica é incluído no valor do consumo na fatura. Os valores ainda existentes em contas vencidas e não quitadas, no valor de R\$ 14,00 (quatorze reais) deverão ser pagos pelo consumidor para o pagamento não ser considerado em atraso.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1-6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 83AC.E589.B642.ACBB.D5C6.B3E1.AF7B.6D05

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 42,04	Base de Cálculo: 163,62
Energia: 89,14	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 27,81
Encargos: 4,63	Valor do PIS: 0,00
Tributos: 27,81	Valor do COFINS: 0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
EL	EL	EL	EL	EL	EL	EL	EL
8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,87	
7,92		14,00				1,12	
DISTRITO						05/2019	57,74

ROT: 7.001.28.06.024600



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO
0107525-0

TOTAL A PAGAR - R\$
205,71

MÊS FATURADO
07/2019

VENCIMENTO
06/08/2019

Nº da Nota Fiscal:

003302320 FCAM

83670000002 6 05710075000 9 000000000107 3 52500719008 1





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: 3299545

ANTONIO LOPES DA S FILHO

R. SD PM JACINTO J S SI, 359,

CARANA

69313572 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 539180	MÊS 07/2019	PERÍODO DE CONSUMO 22-JUN-19 a 23-JUL-19
CONSUMO (kWh) 498	VENCIMENTO 10-AUG-19	TOTAL A PAGAR R\$ 441,84

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



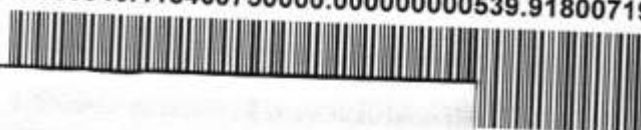
RORAIMA ENERGIA
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 539180	MÊS 07/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 441,84
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836300000046.418400750000.000000000539.918007190054



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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu **LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES** inscrito (a) no CPF nº 294.316.382-15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **JANDERSON FARIAS SICSÚ** inscrito(a) no CPF sob o nº **508.564.132-91** do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da vítima **JANDERSON FARIAS SICSÚ** inscrito (a) no CPF sob nº **508.564.132-91**, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

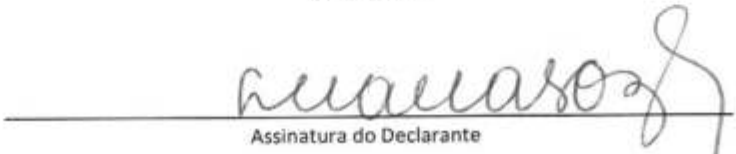
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder–DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço RUA SD.PM.JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA		Número 359	Complemento
Bairro CARANÃ	Cidade BOA VISTA	Estado RR	CEP 69.313-572
Email luanna.souza71@hotmail.com		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) (095) 99116.8367

Boa Vista-RR, 15, 10, 2019

Local e Data


Assinatura do Declarante



JANKESEN LARIAS

Data 01.08.19

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Lesão Sínovial Pulverizada (Lesão Aguda)
 INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Tm. Cirúrgico
 TIPO DE INTERVENÇÃO: Remoção + fixação externa
 METABÓLICOS E ACIDENTES: 0
 DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: 0 mesmo

QUIRURGAO: Dr. Marcus 1º AUXILIAR: _____
 2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____
 3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____
 ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____
 NOME: _____ ETM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em 01 h 50 min para anestesia
- 2) Anestesia + anestesia + campo.
- 3) Remoção + fixação de fixação externa.
- 4) RPA.
- 5) RPA.
- 6) RPA.

Dr. Marcus Brenner
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 12457

Deborah Maia
 Diretora
 Multiprofissional

Dr. Marcelo Arruda
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 12457

Assinatura

BLACK STAR

Alto 12.07.19

COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS
DE GUATEMALA

HON
HON

Comandante General

10 00 00 0 7 9 4 8 4 1 0 5

10 08 45

173735

Letizia Farias Sison

AO General Farias Sison 1582 Bunita

80

12 A

Particulars of Letizia Farias Sison

772 children



Letizia Farias Sison (Luz Arana)

PROCESO DE POLICIA

Farias Sison

OROP. UROANE

ON. UROAS

DIPTHE

Manus Brunner
Comando en Jefe
Fuerzas Armadas
de Guatemala
181719

0408040754
339
V299

ate 7.7

FIGURA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CARGA

NOME DO PACIENTE:		APELIDO		Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
<i>Fernando de Almeida</i>				<i>07</i>	<i>14-06-89</i>
TPO		CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO	
<i>Prostectomia da Glândula</i>					
		INICIO	PM	TEMPO TOTAL	
		<i>02:00</i>	<i>16:40</i>		
CIRURGIÃO		EQUIPE MÉDICA			
<i>Dr. Francisco</i>		ANESTESISTA:		<i>Dr. Evandro</i>	
<i>1ª AUXILIAR</i>		RES. ANESTESIA:		<i>Dr. A. ...</i>	
<i>2ª</i>		INSTRUMENTADOR			
AUXILIAR		CIRCULANTE			
		<i>Dr. ...</i>			
TPO DE ANESTESIA:		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QNT.	MATERIAIS	QNT.	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
<i>1</i>	FOIX COMPRESSAS C/60 UNID.			FRASCOS SORO FISIOLÓGICO	
<i>0</i>	PACOTES GAZE			FRASCOS SORO RINGER LACTADO	
<i>3</i>	LUA ESTÉRIL 5.0			FRASCOS SORO GLICOSADO	
	LUA ESTÉRIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
	LUA ESTÉRIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
	LUA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
<i>2ª</i>	LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURI Nº			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE FUNDOSE Nº			FIO SIDA Nº	
	SERINGA 0.5 ML			SLRGECEL	
	SERINGA 0.5 ML			CERA P/OSSO	
<i>1</i>	SERINGA 0.5 ML			KIT CAJATEAT Nº	
<i>2</i>	SERINGA 10 ML			GROFOAM	
	SERINGA 20 ML			FITA CARDIACA	
				OUTROS: <i>Agulha p/mque</i>	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS FM SALA DE CIRURGIA VISTO POR RESPONSÁVEL INSTRUMENTADOR(A)		ENFERMEIRA CHEFE		MATÉRIAIS E MEDICAMENTOS	
				SOMA TOTAL	
FUNÇÃO/CALCULO		CIRCULANTE DA SALA		TAXA DE SALA	
				TAXA DE ANESTESIA	
				SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO À CONTABILIDADE					



HOSPITAL GERAL DE SOROCABA

ORÇAMENTO - DESCRIÇÃO DE MATERIAIS MÉDICOS

Estabelecimento:

HOSPITAL GERAL DE SOROCABA

Data de emissão:

Janderson Farias Siqueira

C.C.

CNPJ: 04.961.623/0001-00 - Rua Cláudio - SP

Endereço:

Chiqueiro

Processo Financeiro:

TCO Cirúrgico em joelho de Siqueira Pablos

Nº da Orç.

01

Classificação de Custo:

Hilma / Edizomela / Laura

Descrição de Materiais/Materiais

Hospital Geral de Sorocaba X:

Endereço:

Dados Adicionais:

Sistema de Fixação

ITEM

01

Sistema de fixação de osso sortido femur fixo

Quant.

01

Valor Unit.

01

Valor Total

01

Benefit

02

Pino intramedular 5980-R XC X 4,5 X 200 XT

01

01

Item 00458 Código: 545 3 200
 SISTEMA DE FIXAÇÃO INTRA-
 MEDULAR - LINE FIX
 5980-R XC X 4,5 X 200 XT
 Fab. 12/10/2019 Val: 10-2023
 Registro Anvisa Nº 8008265012
 Material ACO INOX ALTERNATIVO

End: Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
 CNPJ: 04.961.623/0001-00 - Rua Cláudio - SP
 Tel: +55 19 3538-1930 info@guilherme.sartori.com.br

Item 00915 Código: 4735 8 680
 PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R
 XC X 4,5 X 200 XT

Fab. 12/11/2019 Val: 12-2023
 Registro Anvisa Nº 8008265012
 Material ACO INOX 7130

End: Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
 CNPJ: 04.961.623/0001-00 - Rua Cláudio - SP
 Tel: +55 19 3538-1930 info@guilherme.sartori.com.br

N/T

Dr. Marcus Brunner
 Médico Residência
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 19178/RJ



MINISTÉRIO DA DEFESA
FORÇA AEREA
COMANDO EM CHEFE
FORÇA AEREA DE COMANDO
FORÇA AEREA DE COMANDO

Nome: _____

Lote: 005443 - Código: FOR 1201
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA
SARTORI - LONEDIX
Av. R. Irmã J. C. 100 - Jd. Irmã J. C.
Falt: 29.10.2018 - Val: 10/2021
Página: Anexo Nº 81083420041
Material ACU INOX ALUMINIO

Lote: Ouficome Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.561.615-0001-01 - Rio Claro - SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartoriltda.br

Assinado digitalmente

18 Via - FORÇA AEREA DE COMANDO

28 Via - FORÇA AEREA



CONFERÊNCIA DE HIGIENE E
ANTESSEDAÇÃO DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

CARTELA DE OPERAÇÃO

Op. Cirúrgica:

Fixação Esterna Ombro direito

Data: 02.07.19

Local: OR 302

Operador: José Antonio Farias Silva

n.º 3

Disc: Procedimento

Local:

Procedimento: Fixação

Data: 02.07.19

Conf. Terceira Turma: MAC

Materiais Utilizados:

Lote: 005448 Código: FM 3 200
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSEEA
SARTORI - LIMPOX
JEONIN: BACIA 1 400 - ESTERIL
Fab.: 29/10/2018 Val.: 10/2023
Registro Anvisa Nº 8093628031
Atividade ACO (NOX) ATIVAMENTO

Tela Orthopedic Satori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.041.623/0001-08 - Rio Claro, SP
Tel: +55 19 3524-1910 info@sartori.com.br

Dr. Man Souto Major
Ortopedia e Traumatologia
Medicina do Trabalho
CRM-PR 605
RQE-454705 991

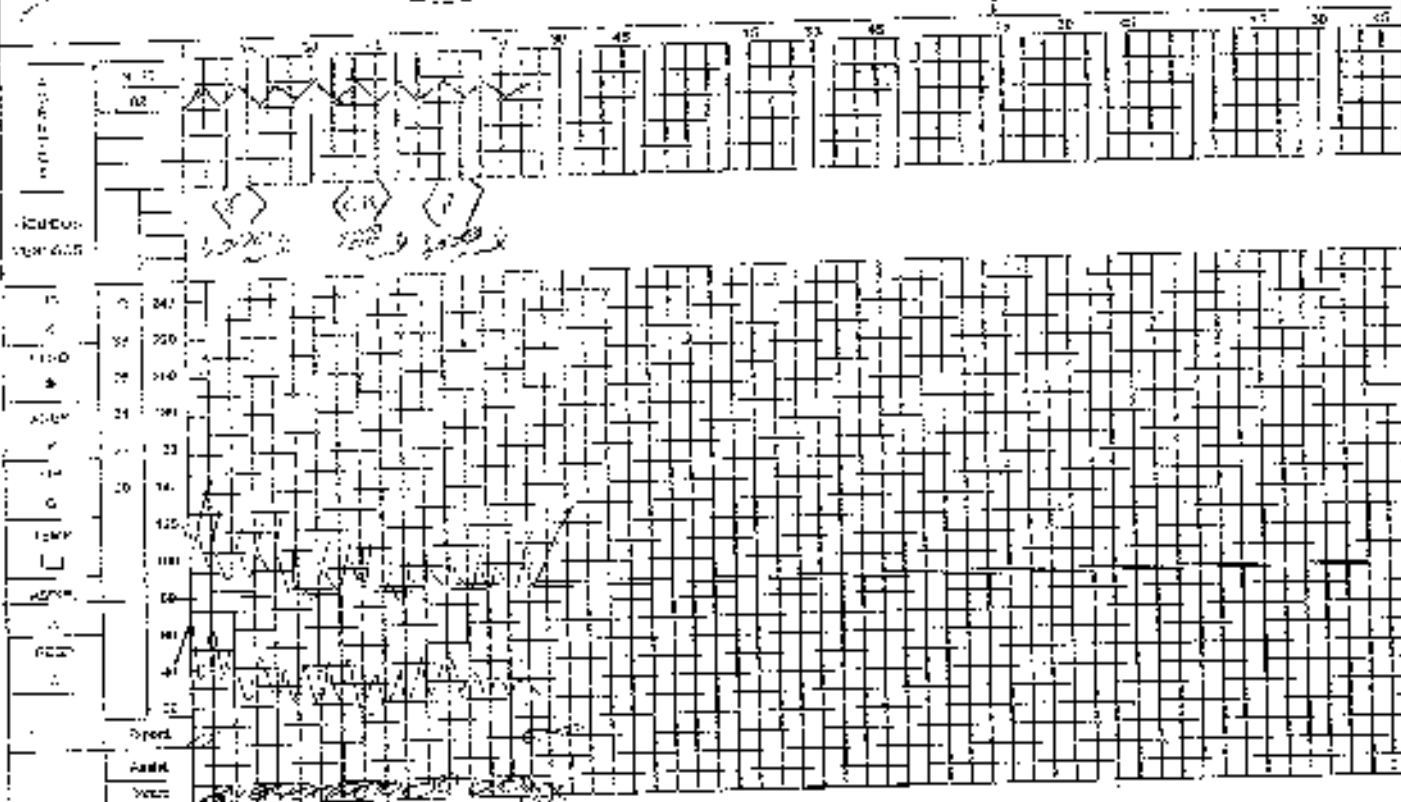
Assinatura do Operador

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME

[illegible]

08/07/14



OWNERS			
AGENCY	NAME	ADDRESS	PHONE
Adm. Serv. Bureau	Adm. Serv. Bureau	Adm. Serv. Bureau	Adm. Serv. Bureau
Adm. Serv. Bureau	Adm. Serv. Bureau	Adm. Serv. Bureau	Adm. Serv. Bureau
Adm. Serv. Bureau	Adm. Serv. Bureau	Adm. Serv. Bureau	Adm. Serv. Bureau

[illegible]

[Handwritten notes:]

Discontinuation of ...
... ..
... ..
... ..
... ..

[Circular stamp:] SHARES
[illegible]

20110000
 1. *Phragmites australis* (L.) Rostk.
 2. *Phragmites australis* (L.) Rostk.
 3. *Phragmites australis* (L.) Rostk.
 4. *Phragmites australis* (L.) Rostk.
 5. *Phragmites australis* (L.) Rostk.
 6. *Phragmites australis* (L.) Rostk.
 7. *Phragmites australis* (L.) Rostk.
 8. *Phragmites australis* (L.) Rostk.
 9. *Phragmites australis* (L.) Rostk.
 10. *Phragmites australis* (L.) Rostk.

① feminine song in
② pure form
③ local song in
④ shopping + work

EDINO ALLAMANO A. S. PARES
AQU 1992

102-2

RCP 102-2

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

PACIENTE

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

RAÇA

ITEM

HAS

NEGA

ENF

NEGA

LETO

VACA

PRESCRIÇÃO

HORARIO

DIETA ORAL LIVRE

SMP SNG 9% 500ml 1X/24h

CEFALOXINA 1G EV 6/6H

TILATEL 20mg 12/12h

DIPRONA 200mg EV 6/6h

TENDAL 100MG + SF 0.5% 100ml 2X/24h 0.5% 200ml 2X/24h

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

TRAMADOLINA 50MG EV 8/8h

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

SSVH + CCGG 6/6h

CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS 160 F/OU PAS 160 MMHG

CURATIVO DIÁRIO

LETERAL 40 mg EV 12/12h

TRAMADOL 50 mg EV 8/8h

PLASOL 500mg (S/N) EV 8/8h

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA R. QUANT. 150U

CONFORME ESQUEMA: 700-250; 231; 251-300; 301-350; 351-400; 401-450; 451-500; 501-550; 551-600; 601-650; 651-700; 701-750; 751-800; 801-850; 851-900; 901-950; 951-1000

40 ML EV + AVISAR DIABETISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Oligo - traumatismo

no bloco para programação cirúrgica

18:35

PA: 170x100

P. 98

T. 35.9

Ao Bloco.

Paciente apresentando

no CC.

Obs: 120h

PA: 110x60 P. 97

Ao Bloco.

Dr. Marcus Brunner

Médico Residente

Ortopedia e Traumatologia

R. 100

PA 170x80

P. 2.2 RPM

MÉDICO RESIDENTE EM

ORTOPEDIA

TRAUMATOLOGIA

SINAIS VITAIS

B.H.

12 H

18 H

24 H

FC

84

70.3

143x88

F.R.

22

27

96

PA

150x81

129x85

33.20

TAX

33.8

33.8

33.20

06:00h

Dietas - 166 mg 16h

Diurese - 75 ml

12h diurese: 500 - L

Fenilbutarato de sódio 300mg (S/N)

Fenilbutarato de sódio 300mg (S/N)

Fenilbutarato de sódio 300mg (S/N)

Fenilbutarato de sódio 300mg (S/N)

Fenilbutarato de sódio 300mg (S/N)



FICHA DE MATERIAIS E CONSUMÍVELS EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE Janderson Farias SARA		APT. OU U.F.T.O. 1901129352	Nº DO PRON. ÚNICO 02/04/19	
CIRURGIA Laparoscopia exploradora +		DATA 02/04/19		
TIPO Placão Externo de furocil		TEMPO DE DURAÇÃO		
		INÍCIO 06:01	IM 07:25	TEMPO TOTAL
EQUIPE MÉDICA				
ANESTESISTA: Dr. Edmar				
RES. ANESTESIA: Res. Enxame				
INSTRUMENTADOR Dr. Rulon R.				
CIRCULANTE Cláudia e Helma				
TEMPO DE DURAÇÃO				
TIPO DE ANESTESIA Gerol				
ANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	APPROPRIAÇÕES
<input checked="" type="checkbox"/>	PCT'S COMPRESSOR C/03 UNID.		<input type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml
<input type="checkbox"/>	PACOTUS GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO GLUCOSADO
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTÉRIL 7.5		<input type="checkbox"/>	FIO VICRYL Nº 1
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTÉRIL 8.0		<input type="checkbox"/>	FIO MONONYLON Nº 3-0 2-0
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVAS EM PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
<input type="checkbox"/>	LÂMINA DÍSTIL Nº 23			FIO CATGUT SIMPLES Nº
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO NEDA Nº
<input type="checkbox"/>	SERINGA 0.1ML			SURCHCEL
<input type="checkbox"/>	SERINGA 0.5ML			CERA P/ OSO
<input type="checkbox"/>	SERINGA 1.0ML			OUTROS Egito p/ segue
<input type="checkbox"/>	SERINGA 2.0ML			ALGODÃO TET Nº 0.8
<input type="checkbox"/>	cateter de 02		<input checked="" type="checkbox"/>	OUTROS: Equipe macrogotos
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA FICHA DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAIS E MEDICAMENTOS		
	Sufenil	SUB-TOTAL		
FUNCIONÁRIO(C)S	CIRCULANTE DO SALA	TAXA DE SALA		
		TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTA BILIDADE				



Fórmula com fator de risco

BOLETIM OPERATÓRIO

Data 06/05/2010

OS

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO

Tumor intestinal

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA

Cirurgia

TIPO E INTERVENÇÃO

COMPLICAÇÕES E ACIDENTES

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO

Tumor

CIRURGIÃO

Dr. Helder

1º AUXILIAR

Dr. E. C.

2º AUXILIAR

Dr. E. C.

INSTRUMENTADORA

ANESTESIA

3º AUXILIAR

ANESTÉSICO

ANESTESISTAS

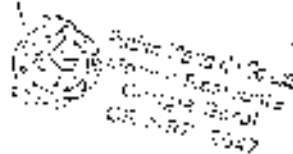
INÍCIO

FIM

DURAÇÃO

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em DPH + Anestesia Geral.
- 2) Aberto + insucesso na tentativa de aspirar o conteúdo da cisterna biliar.
- 3) Insucesso de aspiração do conteúdo da cisterna biliar.
- 4) Não houve mais tentativas e do conteúdo da cisterna biliar.
- 5) Remoção do conteúdo da cisterna biliar.
- 6) Insucesso por falha da aspiração.
- 7) Remoção do conteúdo da cisterna biliar.
- 8) Remoção do conteúdo da cisterna biliar.

Dr. E. C.
Cam 1245



Nome: Fredylen Farias Xavier

Data de Nascimento: 10/08/95 Idade: 23

Sexo: M

Termo de Consentimento Cirúrgico: Sim ☒ Não ☐

Serificação: 1024

Termo de Consentimento Anestesia: Sim ☒ Não ☐

Data: 02/07/19

Adriano

DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Alérgico a medicamentos: Não

Alérgico a alimentos: Não

Alérgico a látex: Não

Alérgico a anestésicos: Não

Alérgico a outros: Não

Alérgico a outros: Não

Alérgico a outros: Não

Alérgico a outros: Não

Alérgico a outros: Não

Alérgico a outros: Não

Alérgico a outros: Não

Alérgico a outros: Não

Alérgico a outros: Não

Alérgico a outros: Não

Alérgico a outros: Não

Alérgico a outros: Não

Alérgico a outros: Não

Alérgico a outros: Não

Alérgico a outros: Não

Alérgico a outros: Não

Alérgico a outros: Não

Alérgico a outros: Não

Alérgico a outros: Não

Alérgico a outros: Não

Alérgico a outros: Não

Alérgico a outros: Não

INTIMA-OPERATÓRIO

Intervenção: 05/421 65 50 06/10 07/05

Local: Genel

Responsável: Adriano

Assistente: Adriano

Assistente: Adriano

Assistente: Adriano

Assistente: Adriano

Assistente: Adriano

Assistente: Adriano

Assistente: Adriano

Assistente: Adriano

Assistente: Adriano

Assistente: Adriano

Assistente: Adriano

Assistente: Adriano

Assistente: Adriano

Assistente: Adriano

Assistente: Adriano

Assistente: Adriano

Assistente: Adriano

Assistente: Adriano

Assistente: Adriano

Assistente: Adriano

Assistente: Adriano

Assistente: Adriano

Assistente: Adriano

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Ata do Paciente)

Paciente: Frederico

Local: Genel

Assistente: Adriano

Assistente: Adriano

Assistente: Adriano

Assistente: Adriano

Assistente: Adriano

Assistente: Adriano

Assistente: Adriano

Assistente: Adriano

Assistente: Adriano

Assistente: Adriano

Assistente: Adriano

Assistente: Adriano

Assistente: Adriano

Assistente: Adriano

Assistente: Adriano

Assistente: Adriano

Assistente: Adriano

Assistente: Adriano

Assistente: Adriano

Assistente: Adriano

Assistente: Adriano

Assistente: Adriano

Assistente: Adriano

Assistente: Adriano

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

Q. M. TO LETO

N. DE FOLHAS 100

100-2

Prescrição Diária

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

INSTITUTO DE VERIFICAÇÃO DE RISCO DO PACIENTE

ANTES DE O PACIENTE SAIR DO SILE

ANTES DA INICIÇÃO

Edineir Simoes

Nome: Francisco Javier Suu
Idade: 11 anos

RESUMO DO HISTÓRICO CLÍNICO

☒ História de doença
☐ História de trauma
☐ História de doença

☒ História de doença
☐ História de trauma
☐ História de doença

☒ História de doença
☐ História de trauma
☐ História de doença

☒ História de doença
☐ História de trauma
☐ História de doença

☒ História de doença
☐ História de trauma
☐ História de doença

☒ História de doença
☐ História de trauma
☐ História de doença

☒ História de doença
☐ História de trauma
☐ História de doença

☒ História de doença
☐ História de trauma
☐ História de doença

☒ História de doença
☐ História de trauma
☐ História de doença

☒ História de doença
☐ História de trauma
☐ História de doença

☒ História de doença
☐ História de trauma
☐ História de doença

CONDIÇÃO DE RISCO DO PACIENTE

CONDIÇÃO DE RISCO DO PACIENTE

CONDIÇÃO DE RISCO DO PACIENTE

CONDIÇÃO DE RISCO DO PACIENTE

CONDIÇÃO DE RISCO DO PACIENTE

CONDIÇÃO DE RISCO DO PACIENTE

CONDIÇÃO DE RISCO DO PACIENTE

CONDIÇÃO DE RISCO DO PACIENTE

CONDIÇÃO DE RISCO DO PACIENTE

CONDIÇÃO DE RISCO DO PACIENTE

CONDIÇÃO DE RISCO DO PACIENTE

CONDIÇÃO DE RISCO DO PACIENTE

ANTES DE O PACIENTE SAIR DO SILE

ANTES DA INICIÇÃO

Edineir Simoes

Nome: Francisco Javier Suu
Idade: 11 anos

RESUMO DO HISTÓRICO CLÍNICO

☒ História de doença
☐ História de trauma
☐ História de doença

☒ História de doença
☐ História de trauma
☐ História de doença

☒ História de doença
☐ História de trauma
☐ História de doença

☒ História de doença
☐ História de trauma
☐ História de doença

☒ História de doença
☐ História de trauma
☐ História de doença

☒ História de doença
☐ História de trauma
☐ História de doença

☒ História de doença
☐ História de trauma
☐ História de doença

☒ História de doença
☐ História de trauma
☐ História de doença

☒ História de doença
☐ História de trauma
☐ História de doença

☒ História de doença
☐ História de trauma
☐ História de doença

☒ História de doença
☐ História de trauma
☐ História de doença

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

PERÍODO MATUTINO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - SALA DE RCP / GRAL - TRAJA / HGR

PERÍODO VESPERTINO

PERÍODO NOTURNO
DATA: 15/08/2007 FOLHA: 93

Relatório de Observação

Relatório de Observação

Relatório de Observação

Relatório de Observação

Relatório de Observação

Relatório de Observação

Relatório de Observação

Relatório de Observação

Relatório de Observação

Relatório de Observação

Relatório de Observação



Urgente

RECIBO DE ENTREGA

NOME: HCA
 NOME: Jackson Farias Guim
 IDADE: 47 ANOS
 SEXO: M
 NÚMERO: 202
 DATA: 02
 LOCAL: CLÍNICA

NOME: diva
 NOME: Virgínia Geral

Pac. admitido no HCA há 2 dias, uterino
 de origem, autismo bilobado, com distúrbio alimentar, e-
 "Linha aberta", assim com distúrbio alimentar e
 peso de 46 (HGT = 6,7 / 20%, DB 4), 145 Abdom
 Sol. escuras + peridigado. profs. Afund.

22.07.19 04:20

Assinado por: Dr. Ricardo Ribeiro
 Médico
 14/07/19

Paciente grave apresentando sinais de
 choque circulatório
 CP fac. 6/2

Assinado por: Dr. Ricardo Ribeiro
 Médico
 14/07/19



GOVERNO DO RORAIMA
"AMAZÔNIA PAZ E MONICHO DOS BRASILEIROS"
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SESAU

PRONTO ATENDIMENTO DR. AIRTON ROCHA - PAAR

REG: 2679 / 2019	D.N.: 10/08/1975	
NOME: JANDERSON FARIAS SICSU	IDADE: 43 ANOS	SEXO: MASC
EXAME: USG. BOLSA TESTICULAR		
PROCEDÊNCIA: BLOCO A 102-2	MÉDICO SOLICITANTE: DR. RENATO	

ULTRASSONOGRAMA DE BOLSA TESTICULAR COM DOPPLER

Líquido em quantidade fisiológica na bolsa testicular, bolsa testicular com paredes espessadas e edematizadas.

Testículos de contornos regulares e ecotextura homogênea.

A avaliação com Doppler demonstra vascularização intratesticular normal bilateralmente.

O Testículo direito apresenta dimensões normais, medindo: 3,5 x 2,7 x 2,5 cm. Volume = 12,4 cm³.

O Testículo esquerdo apresenta dimensões normais, medindo: 3,8 x 2,6 x 2,6 cm. Volume = 13,5 cm³.

Não há dilatação das veias do plexo pampiniforme bilateralmente.

Epididimo esquerdo com dimensões aumentadas e ecotextura difusamente heterogênea.

Epididimo direito com contornos regulares e ecotextura homogênea.

CONCLUSÃO:

Edema escrotal.

Achados compatíveis com epididimite e esvaziada por traumática.

Restante do exame sem anormalidades detectáveis pelo método.

Correlacionar com os dados clínicos e exames complementares

**EXAME ULTRASSONOGRÁFICO SEM IMAGENS EM
ANEXO POR FALTA DE INSUMOS DE IMPRESSÃO**

Boa Vista - RR, 27/2019 02:57

Dr. Rafael Carapaica
Dr. Rafael Carapaica
CRM-535/RR



Hospital Geral de Boa Vista - HGRB
Av. Brigadier Eduardo Gomes s/n, Bairro Novo Planalto
CEP: 69390-000 Boa Vista - RR. Telefone: (95) 2121-0600
E-mail: hrgsb@hgrb.com.br



Anotações de Enfermagem.

Janderson Farias Siqueira. Lote 5402-0.

02.07.18. 03:50h.

Medico plantonista curativo, paciente, identificado
alterações em exames e pelo pp. infundir CH -
falta coleta de amostra pp. Agência Infusional -
encaminhado solicitando de parecer pp. anota-
ção da Citepédia.

Jeanes S. Holanda
ENFERMEIRA
COREN-RR 254176

Obs: Paciente foi Para o centro cirurgico
com CH em Pulso 5:45c

05:45 - ao

Jeanes S. Holanda
ENFERMEIRA
COREN-RR 254176



Yazant

[illegible]

Hein

Fanderson, Fred. Grim

472

(A)

102

02

Dirto

Assunto: Cirurgia Geral

Deu entrada no HCA 2.º dia, uterino
de evert, outros cicatrizes, com dist no p.b. e, e-
"distro abato", e dist com distância abdominal e
foco de Hb (HCT = 6,7 / 20%, DB (+), Hb Ab domo
fol. arboris e peristizado. profs. Afundo.

22.07.19 04:20

Genaro Ribeiro
Machado
S/Nº 1431

Parque Guaymas, Guaymas, Sonora, México

1. Chlorophyll absorption
 2. Chlorophyll absorption



 John F. Kennedy
 President of the United States
 White House
 Washington, D.C.

S. O. Webb

veciv



EVOLUÇÃO MÉDICA - CIRURGIA

DATA: 03/07/19
NOME: TANDURON FARIAS SILVA
DATA DA CIRURGIA: 01/07/19
DN: 10/08/25
IDADE:
MÉDICO PRECEPTOR:
DIH: 01/07/19
LEITO: 402-2 (A)

Diagnóstico:

fratura de pé + POLE

Dispositivos:

SNG:

Sonda Vesical

Dreno de Tórax:

Outros: ☒ sonda externa

pé

Antimicrobianos:

Atual:

Previsão:

☒ Paciente sem queixas, noite sem intercorrências. Diurese, flatos e evacuação -, deambulando, aceita bem a dieta. Nega febre, dor, vômito, diarreia.

() Outros:

Exame Físico: BCG ☒ RFG () MEG () / Anictérico ☒ ou Ictérico () /
Hidratado ☒ ou Desidratado () / +4 / Consciente ☒ ou Desorientado () / Sedado ()
Corado ☒ ou Hipocorado () / -4 / Ausculta ☒ ou Cianótica () / +4

Ap. Cardiovascular

☒ RCR, 2T, BNF, sem Sopros

() Outros:

Ap. Respiratório

☒ MV + bilateral, sem Ruidos Adventícios

() Outros:

ABD.:

☒ Macia, sem visceromegalias, incolor, RHA -

() Outros:

Ext.:

☒ Bom perfusão periférica (< 3s); Ausência de edemas; Pantufilhas livres

() Outros:

FE: limpa e seca

ID: estável

EXAMES:

PROGRAMAÇÃO:

PENDÊNCIAS:

CD: manida, libere dieta!



Atestado de Prescrição em: 03/07/19

Vol 56-08

Matrícula: 122013

Assinatura: [Assinatura]

Formulário de Prescrição

Nome:

Paciente: **Janderson Farias Silva**

Idade: **102-2**

Data: **03/07/19**

Endereço:

Rua do Azeite

Rua do Azeite

Profissão:

Prof. Dr. Janderson Farias Silva

Prof. Dr. Janderson Farias Silva

Endereço:

Rua do Azeite

Rua do Azeite

Endereço:

Rua do Azeite

Rua do Azeite

Endereço:

Rua do Azeite

Rua do Azeite

Endereço:

Rua do Azeite

Rua do Azeite

Endereço:

Rua do Azeite

Rua do Azeite

Endereço:

Rua do Azeite

Rua do Azeite

Endereço:

Rua do Azeite

Rua do Azeite

Endereço:

Rua do Azeite

Rua do Azeite

Endereço:

Rua do Azeite

Rua do Azeite

Endereço:

Rua do Azeite

Rua do Azeite

Endereço:

Rua do Azeite

Rua do Azeite



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

DATA DE ADMISSÃO

DH

DN

PACIENTE JANDERSON FARIAS SICSU

AGNOSTO FX PELVE

ALERGIAS

IDADI-

HAS

NEGA

DM2

NEGA

FEITO

102-2

DATA

PRESCRIÇÃO

ITEM

1. DIETA GERAL LIVRE
2. ACESSO VENOSO PERIFÉRICO
3. SF 0,9% 500ML EV 6/6H
4. DIFIRONA 500MG EV 6/6H OU VO
- 5.
6. TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE COZIN
7. NALBUFINA 12 MG - 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TIVERIA O S.D.
8. OMEPRAZOL 40MG LV 1X DIA
9. METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8P S/N
10. SIMPLICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8H
11. CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H
12. CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H
13. CLEXANE 40MG SC 1X DIA
- 14.
- 15.
16. CAPTOPRIL 25 MG VO SE HAS > 160 E OU PAD > 110 mmHg
17. SSUV + CCGG 6/6H
18. CURATIVO DIÁRIO
- 19.
- 20.
- 21.

HORARIO

08:00

09:00

10:00

11:00

12:00

13:00

14:00

15:00

16:00

17:00

18:00

19:00

20:00

21:00

22:00

23:00

00:00

01:00

02:00

03:00

04:00

05:00

06:00

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME INSULINA
700 250, 200, 250-400, 400, 450-600, 600, 650-800, 800, 850-1000, 1000-1200, 1200-1400, 1400-1600, 1600-1800, 1800-2000, 2000-2200, 2200-2400, 2400-2600, 2600-2800, 2800-3000, 3000-3200, 3200-3400, 3400-3600, 3600-3800, 3800-4000, 4000-4200, 4200-4400, 4400-4600, 4600-4800, 4800-5000, 5000-5200, 5200-5400, 5400-5600, 5600-5800, 5800-6000, 6000-6200, 6200-6400, 6400-6600, 6600-6800, 6800-7000, 7000-7200, 7200-7400, 7400-7600, 7600-7800, 7800-8000, 8000-8200, 8200-8400, 8400-8600, 8600-8800, 8800-9000, 9000-9200, 9200-9400, 9400-9600, 9600-9800, 9800-10000, 10000-10200, 10200-10400, 10400-10600, 10600-10800, 10800-11000, 11000-11200, 11200-11400, 11400-11600, 11600-11800, 11800-12000, 12000-12200, 12200-12400, 12400-12600, 12600-12800, 12800-13000, 13000-13200, 13200-13400, 13400-13600, 13600-13800, 13800-14000, 14000-14200, 14200-14400, 14400-14600, 14600-14800, 14800-15000, 15000-15200, 15200-15400, 15400-15600, 15600-15800, 15800-16000, 16000-16200, 16200-16400, 16400-16600, 16600-16800, 16800-17000, 17000-17200, 17200-17400, 17400-17600, 17600-17800, 17800-18000, 18000-18200, 18200-18400, 18400-18600, 18600-18800, 18800-19000, 19000-19200, 19200-19400, 19400-19600, 19600-19800, 19800-20000, 20000-20200, 20200-20400, 20400-20600, 20600-20800, 20800-21000, 21000-21200, 21200-21400, 21400-21600, 21600-21800, 21800-22000, 22000-22200, 22200-22400, 22400-22600, 22600-22800, 22800-23000, 23000-23200, 23200-23400, 23400-23600, 23600-23800, 23800-24000, 24000-24200, 24200-24400, 24400-24600, 24600-24800, 24800-25000, 25000-25200, 25200-25400, 25400-25600, 25600-25800, 25800-26000, 26000-26200, 26200-26400, 26400-26600, 26600-26800, 26800-27000, 27000-27200, 27200-27400, 27400-27600, 27600-27800, 27800-28000, 28000-28200, 28200-28400, 28400-28600, 28600-28800, 28800-29000, 29000-29200, 29200-29400, 29400-29600, 29600-29800, 29800-30000, 30000-30200, 30200-30400, 30400-30600, 30600-30800, 30800-31000, 31000-31200, 31200-31400, 31400-31600, 31600-31800, 31800-32000, 32000-32200, 32200-32400, 32400-32600, 32600-32800, 32800-33000, 33000-33200, 33200-33400, 33400-33600, 33600-33800, 33800-34000, 34000-34200, 34200-34400, 34400-34600, 34600-34800, 34800-35000, 35000-35200, 35200-35400, 35400-35600, 35600-35800, 35800-36000, 36000-36200, 36200-36400, 36400-36600, 36600-36800, 36800-37000, 37000-37200, 37200-37400, 37400-37600, 37600-37800, 37800-38000, 38000-38200, 38200-38400, 38400-38600, 38600-38800, 38800-39000, 39000-39200, 39200-39400, 39400-39600, 39600-39800, 39800-40000, 40000-40200, 40200-40400, 40400-40600, 40600-40800, 40800-41000, 41000-41200, 41200-41400, 41400-41600, 41600-41800, 41800-42000, 42000-42200, 42200-42400, 42400-42600, 42600-42800, 42800-43000, 43000-43200, 43200-43400, 43400-43600, 43600-43800, 43800-44000, 44000-44200, 44200-44400, 44400-44600, 44600-44800, 44800-45000, 45000-45200, 45200-45400, 45400-45600, 45600-45800, 45800-46000, 46000-46200, 46200-46400, 46400-46600, 46600-46800, 46800-47000, 47000-47200, 47200-47400, 47400-47600, 47600-47800, 47800-48000, 48000-48200, 48200-48400, 48400-48600, 48600-48800, 48800-49000, 49000-49200, 49200-49400, 49400-49600, 49600-49800, 49800-50000, 50000-50200, 50200-50400, 50400-50600, 50600-50800, 50800-51000, 51000-51200, 51200-51400, 51400-51600, 51600-51800, 51800-52000, 52000-52200, 52200-52400, 52400-52600, 52600-52800, 52800-53000, 53000-53200, 53200-53400, 53400-53600, 53600-53800, 53800-54000, 54000-54200, 54200-54400, 54400-54600, 54600-54800, 54800-55000, 55000-55200, 55200-55400, 55400-55600, 55600-55800, 55800-56000, 56000-56200, 56200-56400, 56400-56600, 56600-56800, 56800-57000, 57000-57200, 57200-57400, 57400-57600, 57600-57800, 57800-58000, 58000-58200, 58200-58400, 58400-58600, 58600-58800, 58800-59000, 59000-59200, 59200-59400, 59400-59600, 59600-59800, 59800-60000, 60000-60200, 60200-60400, 60400-60600, 60600-60800, 60800-61000, 61000-61200, 61200-61400, 61400-61600, 61600-61800, 61800-62000, 62000-62200, 62200-62400, 62400-62600, 62600-62800, 62800-63000, 63000-63200, 63200-63400, 63400-63600, 63600-63800, 63800-64000, 64000-64200, 64200-64400, 64400-64600, 64600-64800, 64800-65000, 65000-65200, 65200-65400, 65400-65600, 65600-65800, 65800-66000, 66000-66200, 66200-66400, 66400-66600, 66600-66800, 66800-67000, 67000-67200, 67200-67400, 67400-67600, 67600-67800, 67800-68000, 68000-68200, 68200-68400, 68400-68600, 68600-68800, 68800-69000, 69000-69200, 69200-69400, 69400-69600, 69600-69800, 69800-70000, 70000-70200, 70200-70400, 70400-70600, 70600-70800, 70800-71000, 71000-71200, 71200-71400, 71400-71600, 71600-71800, 71800-72000, 72000-72200, 72200-72400, 72400-72600, 72600-72800, 72800-73000, 73000-73200, 73200-73400, 73400-73600, 73600-73800, 73800-74000, 74000-74200, 74200-74400, 74400-74600, 74600-74800, 74800-75000, 75000-75200, 75200-75400, 75400-75600, 75600-75800, 75800-76000, 76000-76200, 76200-76400, 76400-76600, 76600-76800, 76800-77000, 77000-77200, 77200-77400, 77400-77600, 77600-77800, 77800-78000, 78000-78200, 78200-78400, 78400-78600, 78600-78800, 78800-79000, 79000-79200, 79200-79400, 79400-79600, 79600-79800, 79800-80000, 80000-80200, 80200-80400, 80400-80600, 80600-80800, 80800-81000, 81000-81200, 81200-81400, 81400-81600, 81600-81800, 81800-82000, 82000-82200, 82200-82400, 82400-82600, 82600-82800, 82800-83000, 83000-83200, 83200-83400, 83400-83600, 83600-83800, 83800-84000, 84000-84200, 84200-84400, 84400-84600, 84600-84800, 84800-85000, 85000-85200, 85200-85400, 85400-85600, 85600-85800, 85800-86000, 86000-86200, 86200-86400, 86400-86600, 86600-86800, 86800-87000, 87000-87200, 87200-87400, 87400-87600, 87600-87800, 87800-88000, 88000-88200, 88200-88400, 88400-88600, 88600-88800, 88800-89000, 89000-89200, 89200-89400, 89400-89600, 89600-89800, 89800-90000, 90000-90200, 90200-90400, 90400-90600, 90600-90800, 90800-91000, 91000-91200, 91200-91400, 91400-91600, 91600-91800, 91800-92000, 92000-92200, 92200-92400, 92400-92600, 92600-92800, 92800-93000, 93000-93200, 93200-93400, 93400-93600, 93600-93800, 93800-94000, 94000-94200, 94200-94400, 94400-94600, 94600-94800, 94800-95000, 95000-95200, 95200-95400, 95400-95600, 95600-95800, 95800-96000, 96000-96200, 96200-96400, 96400-96600, 96600-96800, 96800-97000, 97000-97200, 97200-97400, 97400-97600, 97600-97800, 97800-98000, 98000-98200, 98200-98400, 98400-98600, 98600-98800, 98800-99000, 99000-99200, 99200-99400, 99400-99600, 99600-99800, 99800-100000, 100000-100200, 100200-100400, 100400-100600, 100600-100800, 100800-101000, 101000-101200, 101200-101400, 101400-101600, 101600-101800, 101800-102000, 102000-102200, 102200-102400, 102400-102600, 102600-102800, 102800-103000, 103000-103200, 103200-103400, 103400-103600, 103600-103800, 103800-104000, 104000-104200, 104200-104400, 104400-104600, 104600-104800, 104800-105000, 105000-105200, 105200-105400, 105400-105600, 105600-105800, 105800-106000, 106000-106200, 106200-106400, 106400-106600, 106600-106800, 106800-107000, 107000-107200, 107200-107400, 107400-107600, 107600-107800, 107800-108000, 108000-108200, 108200-108400, 108400-108600, 108600-108800, 108800-109000, 109000-109200, 109200-109400, 109400-109600, 109600-109800, 109800-110000, 110000-110200, 110200-110400, 110400-110600, 110600-110800, 110800-111000, 111000-111200, 111200-111400, 111400-111600, 111600-111800, 111800-112000, 112000-112200, 112200-112400, 112400-112600, 112600-112800, 112800-113000, 113000-113200, 113200-113400, 113400-113600, 113600-113800, 113800-114000, 114000-114200, 114200-114400, 114400-114600, 114600-114800, 114800-115000, 115000-115200, 115200-115400, 115400-115600, 115600-115800, 115800-116000, 116000-116200, 116200-116400, 116400-116600, 116600-116800, 116800-117000, 117000-117200, 117200-117400, 117400-117600, 117600-117800, 117800-118000, 118000-118200, 118200-118400, 118400-118600, 118600-118800, 118800-119000, 119000-119200, 119200-119400, 119400-119600, 119600-119800, 119800-120000, 120000-120200, 120200-120400, 120400-120600, 120600-120800, 120800-121000, 121000-121200, 121200-121400, 121400-121600, 121600-121800, 121800-122000, 122000-122200, 122200-122400, 122400-122600, 122600-122800, 122800-123000, 123000-123200, 123200-123400, 123400-123600, 123600-123800, 123800-124000, 124000-124200, 124200-124400, 124400-124600, 124600-124800, 124800-125000, 125000-125200, 125200-125400, 125400-125600, 125600-125800, 125800-126000, 126000-126200, 126200-126400, 126400-126600, 126600-126800, 126800-127000, 127000-127200, 127200-127400, 127400-127600, 127600-127800, 127800-128000, 128000-128200, 128200-128400, 128400-128600, 128600-128800, 128800-129000, 129000-129200, 129200-129400, 129400-129600, 129600-129800, 129800-130000, 130000-130200, 130200-130400, 130400-130600, 130600-130800, 130800-131000, 131000-131200, 131200-131400, 131400-131600, 131600-131800, 131800-132000, 132000-132200, 132200-132400, 132400-132600, 132600-132800, 132800-133000, 133000-133200, 133200-133400, 133400-133600, 133600-133800, 133800-134000, 134000-134200, 134200-134400, 134400-134600, 134600-134800, 134800-135000, 135000-135200, 135200-135400, 135400-135600, 135600-135800, 135800-136000, 136000-136200, 136200-136400, 136400-136600, 136600-136800, 136800-137000, 137000-137200, 137200-137400, 137400-137600, 137600-137800, 137800-138000, 138000-138200, 138200-138400, 138400-138600, 138600-138800, 138800-139000, 139000-139200, 139200-139400, 139400-139600, 139600-139800, 139800-140000, 140000-140200, 140200-140400, 140400-140600, 140600-140800, 140800-141000, 141000-141200, 141200-141400, 141400-141600, 141600-141800, 141800-142000, 142000-142200, 142200-142400, 142400-142600, 142600-142800, 142800-143000, 143000-143200, 143200-143400, 143400-143600, 143600-143800, 143800-144000, 144000-144200, 144200-144400, 144400-144600, 144600-144800, 144800-145000, 145000-145200, 145200-145400, 145400-145600, 145600-145800, 145800-146000, 146000-146200, 146200-146400, 146400-146600, 146600-146800, 146800-147000, 147000-147200, 147200-147400, 147400-147600, 147600-147800, 147800-148000, 148000-148200, 148200-148400, 148400-148600, 148600-148800, 148800-1

EVOLUÇÃO MÉDICA - CIRURGIA

02:45

DATA: 04/07/19 ON: 10/08/19 DIH: 01/07/19
 NOME: Janderson Junior Siqueira IDADE: LEITO: 102 - 2 (A)
 DATA DA CIRURGIA: 11/07/19 MÉDICO RECEPTOR:
 MÉDICO RESIDENTE:

Diagnósticos: fratura de fêmur + P.O. LE
 Dispositivos: Antimicrobianos: SNG: Sonda Vesical Dreno de Torax: Outros: fixador externo
 pérmio

☒ Paciente sem queixas, não sem intercorrências. Diurese, flatos e evacuação +, deambulando, aceita bem a dieta. Nega febre, dor, vômito, diarreia.

() Outros:

Exame Físico: B.O. ☒ SLG: ☐ R.C.C. ☐ / Anúrio ☒ ou Ictérico ☐ ☐ /
 Hidratado ☒ ou Desidratado ☐ ☐ / M / Consciente ☒ ou Desorientado ☐ Sedado ☐
 Coração ☒ ou Hipocrático ☐ ☐ / Aclótico ☒ ou Cianótico ☐ ☐ / +4

Ap. Cardiovascular
 () RCH2T, BC VP, sem Sopros
 () Outros:

Ap. Respiratório
☒ MV: bilateral, sem Ruídos Adventícios
 () Outros:

ABD.:
☒ Flácido, sem visceromegalias, indolor, B.O.
 () Duros, distendidos ou irregulares

Ext.:
☒ Sem perfuração por fêrculo (+ Bst), Ausência de edemas, Panturrilhas livres
 () Outros:

FO: limpa e boa
 ID: estável

PROGRAMAÇÃO: Avaliação Biologia, NEZ, FST resp e motora.

CD.: unidade

Antônio A. C. Delgado
 CRM 100.000.000
 Rua 1234, 567
 Fone: 11 1234-5678

Dr. Helio Grossi
 Médico
 CRM 100.000.000

Dr. Helio Grossi
 Médico
 CRM 100.000.000

EVOLUÇÃO MÉDICA - CIRURGIA

08:00 h

DATA: 05/03/2019	DATA: 10/08/75	ÁREA: <u>Bloco</u> <u>B</u> (A)
NOME: <u>Juan Carlos Farias Silva</u>	IDADE:	LEITO: <u>402-2</u>
DATA DA CIRURGIA: <u>01/08/2019</u>	MÉDICO PRECEPTOR:	
	MÉDICO RESPONSÁVEL:	

Diagnósticos: <i>fratura de péso + l.E</i>	
Dispositivos:	Antiescrapizinas: _____ Progresso: _____
SNG:	
Sonda Vesical:	
Dreno de Torax:	
Outros: <i>fixado a péso</i>	

1. Paciente sem queixas, com sem intercorrências. Diálogo, fatos e avaliação +, deambulando, aceita bem a dieta. Anga
sem dor, vômito, diarreia. o d. de melhora a nível neurológico e urológico.

Outros: Devido a uma piora pessoal e afalga

Exame Físico: BFC () / REC () / MEG () / Anictônico () ou Intérico () / +4
 Hidratado () ou Desidratado () / +4 / Consciente () ou Desorientado ()
 Corneo () ou Hipocorneo () / +4 / Alarônico () ou Clarônico () / +4

4.6 Cardiovascular

RCRIFT, BONE, with topics
Outputs
Dvd? Quasi:

210.8: [សមសួរ] [គរ, ជន្ម: | ចរ]

Ap. Respiratörig

7- Dile fibroso (abundância normal);
8- Lavar a tórax operatória com água e sabão/saponite e limpar a tórax e sacos;
9- Lavar os pontos com 10 dias no posto de saúde.

ABD.

1. Retorne ao próprio sítio se interconectadas por exemplo, com fontes de energia elétrica, sistemas de aquecimento, etc.

Fat. 3

Outros: _____

ID: EMAG
FD: Empresário
PROGRAMAÇÃO: Projeto de Lei C.G.
CD: União de

HOSPITAL GERAL DE ROBRIMA





Núcleo de Enfermagem em Protocolo n.º

Versão: 08

Elaborado: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

Paciente:

Tanderson Farias

HGR

Leito: AC2 - 2

Data: 05/07/14

Localização

Região: ArticulaçãoGrav: I II ()Região: peleGrav: I II ()

Etiologia

- () LPP III IV 9+ () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
 () Trauma () Tração () Fixador Externo () Ortopedia
 () Outro:

- () LPP III IV 9+ () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
 () Trauma () Tração () Fixador Externo () Ortopedia
 () Outro:

Aparência da

- () Necrose: Amarela/Verde () Esfúculo () Granulação () Epitelização
 () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros

- () Necrose: Amarela/Verde () Esfúculo () Granulação () Epitelização
 () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros

Fede Periférica

- () Normais () Malcheiro () Seca () Eritema / Rubor
 () Outro:

- () Normais () Malcheiro () Seca () Eritema / Rubor
 () Outro:

Tipo de Exsudato

- () Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Soro
 () Outro:

- () Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Soro
 () Outro:

Quantidade de Exsudato

- () Molhado () Úmido () Seco

- () Molhado () Úmido () Seco

Sonda de

- () Soro fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Alcool 70%

- () Soro fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Alcool 70%

Limpeza

- () Gaze () Colágeno e Fibronase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
 () Outro:

- () Gaze () Colágeno e Fibronase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
 () Outro:

Tudo

- () 12/12 () 12/12

- () 12/12 () 12/12

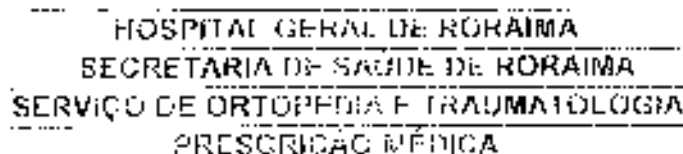
Procedimento que realizou

Membro Superior Direito
 Ferida de 2cm x 1cm
 Membro Superior Esquerdo
 Ferida de 2cm x 1cm

Membro Superior Direito
 Ferida de 2cm x 1cm
 Membro Superior Esquerdo
 Ferida de 2cm x 1cm

Observações

Observações



~~12-18-24-06~~

~~12-18-24-06~~

- DORIN SW
SA OITE W

~~19-22-06~~

~~1-18-24-06~~

~~10-22-~~

~~18~~

WHO

~~noting~~

~~R7~~

~~Dr. Jonathan C. Lopez~~

~~Pharmacist & Therapist~~

~~Virginia M. Jordan~~

~~Chadwick Tech 14276~~

ME E5

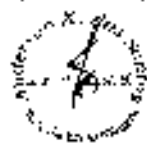
LJH ICCS

SE DIABÉTES CORRIGIDO COM INSULINA REGULA = 80% CONFORME EQUAÇÃO
200-250, 200-250-350 400-500-600 600-350-450 800-450-600 1000-600-800
= 30% 25-30% 35-40% 40-45% 45-50% 50-55% 55-60%

[illegible]

SINAIS VITAIS		FC	FR	
6 H	PA			Dr. PEDRO DE SOUZA FAIENCO
12 H	152/85	72	72	CRM-48.2003
18 H	152/80	72	72	Presidente do Departamento de Traumatologia
24 H	152/80	83	-	

→ plant's motion - 1980 to 1985
monoclonal, 1980 to 1985
1980 to 1985



107-56

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

DATA DE ADMISSÃO: DIH: DN:

PACIENTE: *Longenir Siqueira*

AGNOSTO:

ALERGIAS: HAS NEGA QM2 NEGA

IDADE: LEITO: *102/02* DATA: *07-07-19*

ITEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1	DIETA ORAL + IVRF	<i>SUB</i>
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	<i>WAF</i>
3	SF 0,9% 500ML EV <i>SEM</i> <i>06/05</i>	<i>WAF 20-0-20</i>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/8H <i>SEM</i> <i>06/05</i>	<i>WAF 20-0-20</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA	<i>WAF</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SEDOR INTENSA <i>UO</i>	<i>WAF</i>
7	NALBEXINA 12 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ILM 4	<i>SUB SUB</i>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	<i>WAF 20-0-20</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H 3x/d	<i>WAF</i>
10	CLINDAMICINA 300MG EV OU VO 6/8H	<i>WAF 20-0-20</i>
11	CIPROLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	<i>WAF</i>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	<i>WAF</i>
13	SSVV + COGG 6/6 h	<i>WAF</i>
14	CURATIVO DÁDIO	<i>WAF</i>
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		

SE DIABÉTICO, CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SO), CONFORME ESQUEMA:
 200-250: 2UI, 351-500: 4UI, 501-650: 6UI, 651-800: 8UI, 801-950: 10UI E OLIGOGILOSE & KC
 DIAM., GLICOSE 50% 40 ML EV + AZÚCAR PLANTIN 314

EVOLUÇÃO MEDICA:
 ENCONTRO PACIENTE, DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
 EXAME FÍSICO: R-ES, AC-FUNDOS, AN-UTÉRICO, AP-FR-I, PULM-ICO,
 J-ORMOCORADO, H-DRATADO.
 #SOLICITADO: RX: II COLUNTA, MANHUA
 #PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA
 #PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Frederico de Oliveira
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM RR 16161702 684

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	<i>130/80</i>	<i>73</i>	<i>36.0</i>
18 H			<i>36.7</i>
24 H	<i>162x84</i>	<i>84</i>	<i>36.2</i>

MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

6 H *162x97* *71* *36.5*

6.10.19 Frezgado Renato de Jesus 2019/08/06/2019

107-56



HOSPITAL DE SÃO PAULO
FARMACIA PATRIMÔNIO DOS PAÍSES CÍVILIS

Urgente

PEDIDO DE PARECER

IDADE: _____
NOME: Sanderson Forças Silva
IDADE: 43 REGISTRO: _____
OCC: A ENFERMARIA: 102-2 LEITO: _____
URGÊNCIA: _____

DE: Ortopedia PARA: Urologia

Dados Clínicos: Paciente submetido a laparotomia exploradora e fixação de fratura de fêmur, apresentando edema testicular importante e dor. Constante solvatação de parênquima testicular, motivo pelo qual solvente no escroto a ambigüidade.

06/07/19 10:00

Dr. Pedro de S. Paule
Médico Residente
Urologia e Transplantação
-Escritório-

Data:

Assinatura



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

DATA DE ADMISSÃO _____ DIH _____ DIN _____

PACIENTE **JANDERSON FARIAS SIOSU**

DIAGNÓSTICO **FX PELVE**

ALERGIAS _____

TIAS

NEGA

DM2

RLGA

LEITO

102-2

DATA

COMÉDICA

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO

IDADE

ITEM

1. DIETA ORAL LIVRE
2. ACESSO VENOSO PERIFÉRICO
3. SF 0,9% 500ML EV 8/8H
4. DIFENHIDRAMINA 50MG EV 8/8H OU VO
- 5.
6. TRAYAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR
7. NALBUFINA 10 MG + 100ML SF 0,9% CASO NÃO TENHA DOR
8. GML PRAZOL 40MG EV 1X DIA
9. METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N
10. SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DL 3/3 H
11. CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 8/8H
12. CIPROFLOXACINA 400MG EV OU 500MG VO 12/12H
13. CI EXANE 40MG SC 1X DIA
- 14.
- 15.
16. CAPTOPRIL 25 mg VO SF PAS > 150 FOL PAD > 110 MMHG
17. SSVV + CCGO 8/8 H
18. CURATIVO DIÁRIO
- 19.
- 20.
- 21.

3/10
~~12.08.2026~~
~~13.08.2026~~
~~14.08.2026~~
~~15.08.2026~~
~~16.08.2026~~
~~17.08.2026~~
~~18.08.2026~~
~~19.08.2026~~
~~20.08.2026~~
~~21.08.2026~~
~~22.08.2026~~
~~23.08.2026~~
~~24.08.2026~~
~~25.08.2026~~
~~26.08.2026~~
~~27.08.2026~~
~~28.08.2026~~
~~29.08.2026~~
~~30.08.2026~~
~~31.08.2026~~
~~01.09.2026~~
~~02.09.2026~~
~~03.09.2026~~
~~04.09.2026~~
~~05.09.2026~~
~~06.09.2026~~
~~07.09.2026~~
~~08.09.2026~~
~~09.09.2026~~
~~10.09.2026~~
~~11.09.2026~~
~~12.09.2026~~
~~13.09.2026~~
~~14.09.2026~~
~~15.09.2026~~
~~16.09.2026~~
~~17.09.2026~~
~~18.09.2026~~
~~19.09.2026~~
~~20.09.2026~~
~~21.09.2026~~
~~22.09.2026~~
~~23.09.2026~~
~~24.09.2026~~
~~25.09.2026~~
~~26.09.2026~~
~~27.09.2026~~
~~28.09.2026~~
~~29.09.2026~~
~~30.09.2026~~
~~01.10.2026~~
~~02.10.2026~~
~~03.10.2026~~
~~04.10.2026~~
~~05.10.2026~~
~~06.10.2026~~
~~07.10.2026~~
~~08.10.2026~~
~~09.10.2026~~
~~10.10.2026~~
~~11.10.2026~~
~~12.10.2026~~
~~13.10.2026~~
~~14.10.2026~~
~~15.10.2026~~
~~16.10.2026~~
~~17.10.2026~~
~~18.10.2026~~
~~19.10.2026~~
~~20.10.2026~~
~~21.10.2026~~
~~22.10.2026~~
~~23.10.2026~~
~~24.10.2026~~
~~25.10.2026~~
~~26.10.2026~~
~~27.10.2026~~
~~28.10.2026~~
~~29.10.2026~~
~~30.10.2026~~
~~31.10.2026~~
~~01.11.2026~~
~~02.11.2026~~
~~03.11.2026~~
~~04.11.2026~~
~~05.11.2026~~
~~06.11.2026~~
~~07.11.2026~~
~~08.11.2026~~
~~09.11.2026~~
~~10.11.2026~~
~~11.11.2026~~
~~12.11.2026~~
~~13.11.2026~~
~~14.11.2026~~
~~15.11.2026~~
~~16.11.2026~~
~~17.11.2026~~
~~18.11.2026~~
~~19.11.2026~~
~~20.11.2026~~
~~21.11.2026~~
~~22.11.2026~~
~~23.11.2026~~
~~24.11.2026~~
~~25.11.2026~~
~~26.11.2026~~
~~27.11.2026~~
~~28.11.2026~~
~~29.11.2026~~
~~30.11.2026~~
~~01.12.2026~~
~~02.12.2026~~
~~03.12.2026~~
~~04.12.2026~~
~~05.12.2026~~
~~06.12.2026~~
~~07.12.2026~~
~~08.12.2026~~
~~09.12.2026~~
~~10.12.2026~~
~~11.12.2026~~
~~12.12.2026~~
~~13.12.2026~~
~~14.12.2026~~
~~15.12.2026~~
~~16.12.2026~~
~~17.12.2026~~
~~18.12.2026~~
~~19.12.2026~~
~~20.12.2026~~
~~21.12.2026~~
~~22.12.2026~~
~~23.12.2026~~
~~24.12.2026~~
~~25.12.2026~~
~~26.12.2026~~
~~27.12.2026~~
~~28.12.2026~~
~~29.12.2026~~
~~30.12.2026~~
~~31.12.2026~~

SE QUERER DO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESCALA:
 200-250: 2UI; 250-300: 4UI; 300-350: 6UI; 350-400: 8UI; 400-450: 10UI; 450-500: 12UI;
 500-550: 14UI; 550-600: 16UI; 600-650: 18UI; 650-700: 20UI; 700-750: 22UI; 750-800: 24UI;
 800-850: 26UI; 850-900: 28UI; 900-950: 30UI; 950-1000: 32UI; 1000-1050: 34UI;
 1050-1100: 36UI; 1100-1150: 38UI; 1150-1200: 40UI; 1200-1250: 42UI; 1250-1300: 44UI;
 1300-1350: 46UI; 1350-1400: 48UI; 1400-1450: 50UI; 1450-1500: 52UI; 1500-1550: 54UI;
 1550-1600: 56UI; 1600-1650: 58UI; 1650-1700: 60UI; 1700-1750: 62UI; 1750-1800: 64UI;
 1800-1850: 66UI; 1850-1900: 68UI; 1900-1950: 70UI; 1950-2000: 72UI; 2000-2050: 74UI;
 2050-2100: 76UI; 2100-2150: 78UI; 2150-2200: 80UI; 2200-2250: 82UI; 2250-2300: 84UI;
 2300-2350: 86UI; 2350-2400: 88UI; 2400-2450: 90UI; 2450-2500: 92UI; 2500-2550: 94UI;
 2550-2600: 96UI; 2600-2650: 98UI; 2650-2700: 100UI; 2700-2750: 102UI; 2750-2800: 104UI;
 2800-2850: 106UI; 2850-2900: 108UI; 2900-2950: 110UI; 2950-3000: 112UI; 3000-3050: 114UI;
 3050-3100: 116UI; 3100-3150: 118UI; 3150-3200: 120UI; 3200-3250: 122UI; 3250-3300: 124UI;
 3300-3350: 126UI; 3350-3400: 128UI; 3400-3450: 130UI; 3450-3500: 132UI; 3500-3550: 134UI;
 3550-3600: 136UI; 3600-3650: 138UI; 3650-3700: 140UI; 3700-3750: 142UI; 3750-3800: 144UI;
 3800-3850: 146UI; 3850-3900: 148UI; 3900-3950: 150UI; 3950-4000: 152UI; 4000-4050: 154UI;
 4050-4100: 156UI; 4100-4150: 158UI; 4150-4200: 160UI; 4200-4250: 162UI; 4250-4300: 164UI;
 4300-4350: 166UI; 4350-4400: 168UI; 4400-4450: 170UI; 4450-4500: 172UI; 4500-4550: 174UI;
 4550-4600: 176UI; 4600-4650: 178UI; 4650-4700: 180UI; 4700-4750: 182UI; 4750-4800: 184UI;
 4800-4850: 186UI; 4850-4900: 188UI; 4900-4950: 190UI; 4950-5000: 192UI; 5000-5050: 194UI;
 5050-5100: 196UI; 5100-5150: 198UI; 5150-5200: 200UI; 5200-5250: 202UI; 5250-5300: 204UI;
 5300-5350: 206UI; 5350-5400: 208UI; 5400-5450: 210UI; 5450-5500: 212UI; 5500-5550: 214UI;
 5550-5600: 216UI; 5600-5650: 218UI; 5650-5700: 220UI; 5700-5750: 222UI; 5750-5800: 224UI;
 5800-5850: 226UI; 5850-5900: 228UI; 5900-5950: 230UI; 5950-6000: 232UI; 6000-6050: 234UI;
 6050-6100: 236UI; 6100-6150: 238UI; 6150-6200: 240UI; 6200-6250: 242UI; 6250-6300: 244UI;
 6300-6350: 246UI; 6350-6400: 248UI; 6400-6450: 250UI; 6450-6500: 252UI; 6500-6550: 254UI;
 6550-6600: 256UI; 6600-6650: 258UI; 6650-6700: 260UI; 6700-6750: 262UI; 6750-6800: 264UI;
 6800-6850: 266UI; 6850-6900: 268UI; 6900-6950: 270UI; 6950-7000: 272UI; 7000-7050: 274UI;
 7050-7100: 276UI; 7100-7150: 278UI; 7150-7200: 280UI; 7200-7250: 282UI; 7250-7300: 284UI;
 7300-7350: 286UI; 7350-7400: 288UI; 7400-7450: 290UI; 7450-7500: 292UI; 7500-7550: 294UI;
 7550-7600: 296UI; 7600-7650: 298UI; 7650-7700: 300UI; 7700-7750: 302UI; 7750-7800: 304UI;
 7800-7850: 306UI; 7850-7900: 308UI; 7900-7950: 310UI; 7950-8000: 312UI; 8000-8050: 314UI;
 8050-8100: 316UI; 8100-8150: 318UI; 8150-8200: 320UI; 8200-8250: 322UI; 8250-8300: 324UI;
 8300-8350: 326UI; 8350-8400: 328UI; 8400-8450: 330UI; 8450-8500: 332UI; 8500-8550: 334UI;
 8550-8600: 336UI; 8600-8650: 338UI; 8650-8700: 340UI; 8700-8750: 342UI; 8750-8800: 344UI;
 8800-8850: 346UI; 8850-8900: 348UI; 8900-8950: 350UI; 8950-9000: 352UI; 9000-9050: 354UI;
 9050-9100: 356UI; 9100-9150: 358UI; 9150-9200: 360UI; 9200-9250: 362UI; 9250-9300: 364UI;
 9300-9350: 366UI; 9350-9400: 368UI; 9400-9450: 370UI; 9450-9500: 372UI; 9500-9550: 374UI;
 9550-9600: 376UI; 9600-9650: 378UI; 9650-9700: 380UI; 9700-9750: 382UI; 9750-9800: 384UI;
 9800-9850: 386UI; 9850-9900: 388UI; 9900-9950: 390UI; 9950-10000: 392UI; 10000-10050: 394UI;
 10050-10100: 396UI; 10100-10150: 398UI; 10150-10200: 400UI; 10200-10250: 402UI; 10250-10300: 404UI;
 10300-10350: 406UI; 10350-10400: 408UI; 10400-10450: 410UI; 10450-10500: 412UI; 10500-10550: 414UI;
 10550-10600: 416UI; 10600-10650: 418UI; 10650-10700: 420UI; 10700-10750: 422UI; 10750-10800: 424UI;
 10800-10850: 426UI; 10850-10900: 428UI; 10900-10950: 430UI; 10950-11000: 432UI; 11000-11050: 434UI;
 11050-11100: 436UI; 11100-11150: 438UI; 11150-11200: 440UI; 11200-11250: 442UI; 11250-11300: 444UI;
 11300-11350: 446UI; 11350-11400: 448UI; 11400-11450: 450UI; 11450-11500: 452UI; 11500-11550: 454UI;
 11550-11600: 456UI; 11600-11650: 458UI; 11650-11700: 460UI; 11700-11750: 462UI; 11750-11800: 464UI;
 11800-11850: 466UI; 11850-11900: 468UI; 11900-11950: 470UI; 11950-12000: 472UI; 12000-12050: 474UI;
 12050-12100: 476UI; 12100-12150: 478UI; 12150-12200: 480UI; 12200-12250: 482UI; 12250-12300: 484UI;
 12300-12350: 486UI; 12350-12400: 488UI; 12400-12450: 490UI; 12450-12500: 492UI; 12500-12550: 494UI;
 12550-12600: 496UI; 12600-12650: 498UI; 12650-12700: 500UI; 12700-12750: 502UI; 12750-12800: 504UI;
 12800-12850: 506UI; 12850-12900: 508UI; 12900-12950: 510UI; 12950-13000: 512UI; 13000-13050: 514UI;
 13050-13100: 516UI; 13100-13150: 518UI; 13150-13200: 520UI; 13200-13250: 522UI; 13250-13300: 524UI;
 13300-13350: 526UI; 13350-13400: 528UI; 13400-13450: 530UI; 13450-13500: 532UI; 13500-13550: 534UI;
 13550-13600: 536UI; 13600-13650: 538UI; 13650-13700: 540UI; 13700-13750: 542UI; 13750-13800: 544UI;
 13800-13850: 546UI; 13850-13900: 548UI; 13900-13950: 550UI; 13950-14000: 552UI; 14000-14050: 554UI;
 14050-14100: 556UI; 14100-14150: 558UI; 14150-14200: 560UI; 14200-14250: 562UI; 14250-14300: 564UI;
 14300-14350: 566UI; 14350-14400: 568UI; 14400-14450: 570UI; 14450-14500: 572UI; 14500-14550: 574UI;
 14550-14600: 576UI; 14600-14650: 578UI; 14650-14700: 580UI; 14700-14750: 582UI; 14750-14800: 584UI;
 14800-14850: 586UI; 14850-14900: 588UI; 14900-14950: 590UI; 14950-15000: 592UI; 15000-15050: 594UI;
 15050-15100: 596UI; 15100-15150: 598UI; 15150-15200: 600UI; 15200-15250: 602UI; 15250-15300: 604UI;
 15300-15350: 606UI; 15350-15400: 608UI; 15400-15450: 610UI; 15450-15500: 612UI; 15500-15550: 614UI;
 15550-15600: 616UI; 15600-15650: 618UI; 15650-15700: 620UI; 15700-15750: 622UI; 15750-15800: 624UI;
 15800-15850: 626UI; 15850-15900: 628UI; 15900-15950: 630UI; 15950-16000: 632UI; 16000-16050: 634UI;
 16050-16100: 636UI; 16100-16150: 638UI; 16150-16200: 640UI; 16200-16250: 642UI; 16250-16300: 644UI;
 16300-16350: 646UI; 16350-16400: 648UI; 16400-16450: 650UI; 16450-16500: 652UI; 16500-16550: 654UI;
 16550-16600: 656UI; 16600-16650: 658UI; 16650-16700: 660UI; 16700-16750: 662UI; 16750-16800: 664UI;
 16800-16850: 666UI; 16850-16900: 668UI; 16900-16950: 670UI; 16950-17000: 672UI; 17000-17050: 674UI;
 17050-17100: 676UI; 17100-17150: 678UI; 17150-17200: 680UI; 17200-17250: 682UI; 17250-17300: 684UI;
 17300-17350: 686UI; 17350-17400: 688UI; 17400-17450: 690UI; 17450-17500: 692UI; 17500-17550: 694UI;
 17550-17600: 696UI; 17600-17650: 698UI; 17650-17700: 700UI; 17700-17750: 702UI; 17750-17800: 704UI;
 17800-17850: 706UI; 17850-17900: 708UI; 17900-17950: 710UI; 17950-18000: 712UI; 18000-18050: 714UI;
 18050-18100: 716UI; 18100-18150: 718UI; 18150-18200: 720UI; 18200-18250: 722UI; 18250-18300: 724UI;
 18300-18350: 726UI; 18350-18400: 728UI; 18400-18450: 730UI; 18450-18500: 732UI; 18500-18550: 734UI;
 18550-18600: 736UI; 18600-18650: 738UI; 18650-18700: 740UI; 18700-18750: 742UI; 18750-18800: 744UI;
 18800-18850: 746UI; 18850-18900: 748UI; 18900-18950: 750UI; 18950-19000: 752UI; 19000-19050: 754UI;
 19050-19100: 756UI; 19100-19150: 758UI; 19150-19200: 760UI; 19200-19250: 762UI; 19250-19300: 764UI;
 19300-19350: 766UI; 19350-19400: 768UI; 19400-19450: 770UI; 19450-19500: 772UI; 19500-19550: 774UI;
 19550-19600: 776UI; 19600-19650: 778UI; 19650-19700: 780UI; 19700-19750: 782UI; 19750-19800: 784UI;
 19800-19850: 786UI; 19850-19900: 788UI; 19900-19950: 790UI; 19950-20000: 792UI; 20000-20050: 794UI;
 20050-20100: 796UI; 20100-20150: 798UI; 20150-20200: 800UI; 20200-20250: 802UI; 20250-20300: 804UI;
 20300-20350: 806UI; 20350-20400: 808UI; 20400-20450: 810UI; 20450-20500: 812UI; 20500-20550: 814UI;
 20550-20600: 816UI; 20600-20650: 818UI; 20650-20700: 820UI; 20700-20750: 822UI; 20750-20800: 824UI;
 20800-20850: 826UI; 20850-20900: 828UI; 20900-20950: 830UI; 20950-21000: 832UI; 21000-21050: 834UI;
 21050-21100: 836UI; 21100-21150: 838UI; 21150-21200: 840UI; 21200-21250: 842UI; 21250-21300: 844UI;
 21300-21350: 846UI; 21350-21400: 848UI; 21400-21450: 850UI; 21450-21500: 852UI; 21500-21550: 854UI;
 21550-21600: 856UI; 21600-21650: 858UI; 21650-21700: 860UI; 21700-21750: 862UI; 21750-21800: 864UI;
 21800-21850: 866UI; 21850-21900: 868UI; 21900-21950: 870UI; 21950-22000: 872UI; 22000-22050: 874UI;
 22050-22100: 876UI; 22100-22150: 878UI; 22150-22200: 880UI; 22200-22



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE JANDERSON FARIAS SILVA					
AGNÓSE: FX PLT VE					
ALERGIAS					
IDADE	SEXO	DATA	DATA	DATA	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO	DATA	DATA	DATA	DATA
1	DIE A ORAL LIVRE				
2	ACISSO V. ROSO 21 MLR CO				
3	SI 0.9% 500ML FV 8/8H				
4	D. PRONA 500MG FV 8/8H OU VO				
5					
6	TRAVAL 100MG + SED 4x5 100% LV OU VO DE 8/8H SE DOR IN				
7	NA. FOL. NA 10 MG + 0.001 SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O. TER				
8	OML. PRAZOL 40MG FV 1X DIA				
9	METOCLOPRAM. 10MG LV 8/8H - S/N				
10	SSVETICUNA 400 AS 40 000 AS VO DE 8/8H				
11	CI INJAMICINA 800MG FV OU VO 8/8H				
12	CIPROFLOXACINO 400MG FV OU 500MG VO 12/24H				
13	OLEXANF 40MG SC 1X DIA				
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SL PAD > 130 E OU PAD > 110 MMHG				
17	SSV. 1.0000 8/8H				
18	CURATIVO DIÁRIO				
19					
20					
21					

SE DIALÍTICO CORREÇÃO: 0.9% NaCl NA REQUISIÇÃO CONFORME TABELA
250 500 750 1000 1250 1500 1750 2000 2250 2500 2750 3000 3250 3500 3750 4000 4250 4500 4750 5000
100ML, GLICOSE 50% 100ML, 10% 500ML PLANTON 500ML

EVOLUÇÃO MÉDICA:

1. CONTATO PACIENTE DETERMINADO, A 12H, PLT VE, CONTACTANTE
EXAME FÍSICO: INFLAMATÓRIO, ANO INFLAMATÓRIO, FÓRMIDO.

2. NORMOCORADO, EUTROFICO

3. S.C. C/ALC.

4. CONDUITA: MANEJO

5. MONITORAMENTO DE C/ALC.

6. PREVISÃO DE ALTA:

06h
PA = 138 x 92
PC = 80
T = 36.5
D = 1200ml

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	TR
12 H	140/80	85	35
18 H	140/80	85	36
24 H	140/80	85	36.5

DR. PEDRO DE SOUZA ALVES
CRM RR 2028

Residente de Ortopedia e Traumatologia

Dr. Dalcson Farias
CRM RR 2028

12h Dr. Dalcson 100ml
18h Dr. Dalcson 100ml

12h Dr. Dalcson 100ml
18h Dr. Dalcson 100ml
24h Dr. Dalcson 100ml

Lucinete A. Silva
Téc. em Enfermagem
CRM RR 865.342.16



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO _____ DIH _____ DIA _____

PACIENTE JANDERSON FARIAS SICSU

AGNÓSTICO FX Pelve

ALERGIAS _____ HAS _____ NEGA _____ DM2 _____ NEGA _____

IDADE _____ LEITO 102 DATA 12/12/2019

ITEM _____ PRESCRIÇÃO _____ HORÁRIO _____

1 DIETA ORAL LIVRE SUV

2 ACESSO VENOSO PERIFÉRICO Marly

3 SF 0.9% 500ML LV 6/8H 12-18-0000

4 DÍPIRONA 600MG EV 6/6H OU VO 12-18-0000

5

6 TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV OU VO OU 500ML SF SE DOR INSU

7 NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O TEF SU

8 OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA

9 METOCLOPRAMIDA 10MG EV 6/8H SU

10 SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 6/8h

11 CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H 12-18-0000

12 CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H 12-18-0000

13 CLEXANE 40MG SC 1X DIA 12-18-0000

14

15

16 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 F OU PAD > 110 MMHG

17 BSVV + CCGG 6/6h

18 CURATIVO DIÁRIO

19

20

21

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (RGL) CONFORME ESCALA DE
PAINEL: 7UI 251-300, 4UI 301-350, 6UI 351-400, 8UI 401-450, 12UI 451-500, 16UI 501-550, 20UI 551-600, 24UI 601-650
DIETA: GLICOSE 50% 40 ML EV - AVANÇADA AN-GABETA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCUENTO PACIENTE DE TADO NOTURNO, AIVO, REAL VO, CONTACTANTE

#EXAME FÍSICO: BFG, AGLAND, CO, AMITÉRICO, AFEBRIL, EUTRICO,

MIOMOCURADO, HIDRATADO

#SOLICITADO:

#COMPLA: MANTIDA

#PROGRAMAÇÃO DE EXATINA

#PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	140x80	80	
18 H			
24 H	130x90	86	

Dr. PEDRO DE SOUZA - AUSTO

CRM 100008

Residente de Ortopedia e Traumatologia

21/02/2019 - Paciente no leito, vitais estáveis, adm. medicação de forma correta, sem efeitos
adversos, despendido 700 ml de diurese, e segue com monitorização da função renal.

Plantão noturno, administrativo, medicação, paciente
segue com monitorização

Procedente de Araxá
Cirurgião Geral

Procedente de Araxá
Cirurgião Geral

102-2

102-2



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

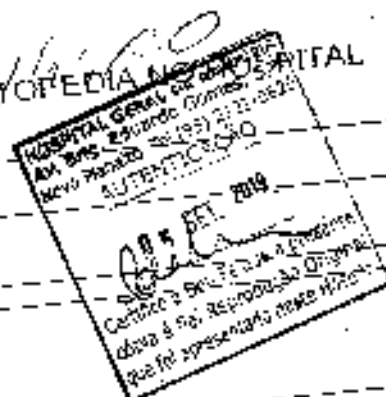
RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Spanderson Farias Giclan 43 ANOS,
 SEXO M DATA DE ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 30 de 06 de 19 COM

DIAGNÓSTICO DE fx Lx de Mão
 NO DIA 30 de 06 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE fx Lx de Mão SENDO
fixação externa e redução da fx
 OPERADO PELO DR. Ilson Som E SR. 19:00 EM

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 12 de 07 de 19 ÀS 19:00 EM
 BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
 CORONEL MOTA NO DIA 23 de 07 de 19 ÀS 19:00 COM O
 DR. Ilson Som



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(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Haroldo Ara

BOA VISTA, 12, 07, 19

Dr. Pedro de C. M. M. S. S.
 Médico

D

#FDISON HARAD 9

0.03

OSPTA CONNOVEL MATHA

200000

0.00

0.00



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	30.232
DATA DE EXPEDIÇÃO	17/07/2002
NOME LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES	
FILIAÇÃO ERNESTO ALVES DE SOUZA / LIDIA FREIRE AMORIM	
NATURALIDADE	EOA VISTA-RR
DATA DE NASCIMENTO	14/03/1971
DOC ORIGEM	CC:3766 F.260 L.E-12 EOA VISTA-RR.
CPF	294316382 - 13
Assinado por Ramiro Francisco da Silva Junior	
LEI N.º 7.116 DE 29/08/83	

DE REGISTRO
DO LOUREIRO

Aut. Contente com o Documento Original Apresentado: Dou Te
da verdade.
Vista - RR, 25/07/2019
End: 2.45 FUNDEJUR 0.25 FISC 0.10 FECON 0.10 ISS 0.10Vr Sel: 1.50
Rec: RECER158345YKRUI2H68NNX5
Vale seu site: https://cidade.portalself.com.br
Solicitante: 01016866259

Thais Coutinho Weber
Secretaria Autorizada
Carla Loureiro

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETTRAN - RR Nº 013975572816
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA 01 005B3371089
COP. RENAVAM 01 B.N.I.R.C. EXERCÍCIO 2018

WANDERLEIA DO NASCIMENTO MEIRELES SIOSU

874.382.752-72
PLACA ANT. / UF RR 9C2JC4820ER007845
CHASSI
MARZ4269
COMBUSTÍVEL ALCOOL/GASOL

PAS/MOTONE/TRAN 400 400 LIT
MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 ES
CATEGORIA 2P/0124CC/
PARTICU
COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA
VENO. COTA ÚNICA
PARCELAMENTO / COTAS
1ª *****
2ª *****
3ª *****

PREMIO TARAFATO (R\$) R\$10.7
PREMIO TOTAL (R\$) R\$185.5
DATA DE PAGAMENTO 09/04/2019

SEM RESERVA DE DOMÍNIO PROIB SAIR DA R
MARZ 001D *

BOA VISTA - RR
15/04/2019

CONTRAN

DE REGISTRO
DO LOUREIRO

Aut. Contente com o Documento Original Apresentado: Dou Te
da verdade.
Vista - RR, 25/07/2019
End: 2.45 FUNDEJUR 0.25 FISC 0.10 FECON 0.10 ISS 0.10Vr Sel: 1.50
Rec: RECER158345J48UF6JH2K6N753
Vale seu site: https://cidade.portalself.com.br
Solicitante: 01016866259

Thais Coutinho Weber
Secretaria Autorizada
Carla Loureiro

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013975572816 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
874. PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 01 874.382.752-72
COP. / CNPJ
EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 15/04/2019
PLACA
MARZ4269

RENAVAM 00593371089
HONDA/BIZ 125 ES
MARCA / MODELO
CATEGORIA 2P/0124CC/
PARTICU
COR PREDOMINANTE VERMELHA

VENO. COTA ÚNICA
PARCELAMENTO / COTAS
1ª *****
2ª *****
3ª *****

PREMIO TARIFARIO
DEUTAT (R\$) R\$9.03
CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$185.5

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15
IOE (R\$) R\$10.7
DATA DE COTAÇÃO 09/04/2019

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.248.698/0001-04

CONTRAN