

NOVEMBRO/2019 21/12/2019

276 242,09

MARIA FERREIRA DE SOUZA
R. JOSE MARTINS S NETO 1511 - SENADOR HELIO CAMPOS
CPF: 0006741/3400-3
CEP: 69.316-603 - BOA VISTA

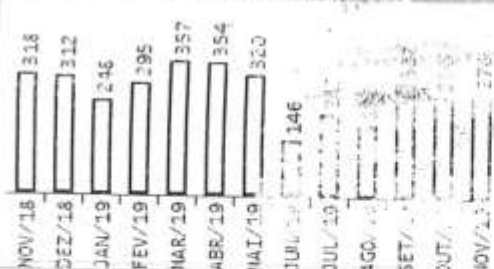
DADOS DA LEITURA (KWH)	DADOS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 276	Atual: 07/11/2019	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Anterior: 0000	Anterior: 10-10-2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Unidade de consumo: 276	Forma de leitura: 12-2019	Ligação: BIFASICA
Constante de Multiplicação: 1-000	Emissão: 08-11-2019	Número Medidor: T00122279
Consumo medido: 276	Apresentação: 07/11/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 276		Modelo de: R 1409468

CONSUMO ILUMINACAO PUBLICA 276 A R\$ 0,780088 = 216,86
25,23

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 276 - 0,630407

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade Consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 22/11/2019. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor no SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
Mes. An. Valor R\$
09/2019 250,06

PARA ATUALIZAR SEU CADASTRO ATÉ 15.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA PUBL. BENS. ATÉ 30%. TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO -2,12% NEGATIVOS - RESOLUÇÃO ANEL N. 2.634 DE 29.10.2019. LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 E 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA T. (R\$) - R\$		BASE DE CÁLCULO DA T. (R\$) - R\$	
Energia:	Encargos:	Base de Cálculo:	ALÍQUOTA VALOR
137,26	Tributos: 4,06	ICMS:	17,00% 23,33
Transmissão: 51,64	41,68	PIS:	17,00% 23,33
0,00		COFINS:	0,20% 0,82
		TOTAL:	250,06

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DCC			FIC			DMC		DICI	
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal		Mensal	

Limite 8,85 17,70 35,40 8,46 16,92 33,84 4,82

Realizado 0,00 0,00 de expiração: 0,00 USD

DISTRITO

09/2019

99,08

RORAIMA ENERGIA

DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ezequiel, 601 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 Insc. Estadual: 28.002.022-3

SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$

0075246-0

242,09

MES FATURADO

VENCIMENTO

11/2019

21/12/2019

Nº do Medidor

3984002

FCAM*

83640000002 9 42090075000 1 000000000075 2 24601119008 8



SEQ.: 0132 UC: 0075246-0 DT. LEIT.: 07/11/2019 T. ENTR.: 04
LEITURA: 7168 NORMAL TOTAL: 242,09 CARGA: 019
DT. VENC.: 21/12/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 4061

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal

003301566

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

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	06/08/2019	267	237,56

ELIETE ARAUJO DA SILVA
R. CC 11 294 LAURA MOREIRA
CPF: 00035469900215
CEP: 69.318-050 - BOA VISTA

ROT: 7.001.28.01.291200

DADOS DA LEITURA		kWh	kVAh	DADOS DA LEITURA	
Atual:	37543			Atual:	23/07/2019
Anterior:	37276			Anterior:	21/06/2019
Constante de Multiplicação:	1,000			Próxima Leitura:	23/08/2019
Consumo Medido:	267			Emissão:	22/07/2019
Consumo Faturado:	267		FCAN	Apresentação:	23/07/2019
NORMAL					

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	126006955 H-24-1802		1-1-1-2	738

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUN/19 147	CONSUMO 267 A R\$ 0,8402 = 204,14
MAI/19 212	CORREÇÃO MONETARIA DA 05/19-00 0,04
ABR/19 239	CORREÇÃO MONETARIA IG 05/19-00 0,88
MAR/19 182	MULTA POR ATRASO DE J 05/19-00 1,56
FEV/19 170	JUROS DE MORA POR ATR 05/19-00 0,29
JAN/19 294	MULTA POR ATRASO 05/19-00 3,27
DEZ/18 210	JUROS DE MORA DE IMPO 05/19-00 1,85
NOV/18 280	ILUMINACAO PUBLICA 25,53
OUT/18 292	
SET/18 229	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
U A 267 - 0,634626	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO	
Mes/Ano	Valor R\$
06/2019	148,63
LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGAMENTO EM ATÉ 16/07/20	

RESERVADO AO FISCO DE75.C105.6B3A.03DA.50B9.E3EB.AB69.3F13

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	52,45	Base de Cálculo:	204,14
Energia:	111,22	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	34,70
Encargos:	5,77	Valor do PIS:	0,00
Tributos:	34,70	Valor do COFINS:	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82	
6,55			13,00			1,13	

DISTRITO 05/2019 69,55

ROT: 7.001.28.01.291200

RORAIMA ENERGIA	SEU CÓDIGO 0070349-4	TOTAL A PAGAR - R\$ 237,56
	MÊS FATURADO 07/2019	VENCIMENTO 06/08/2019
Roraima Energia S.A. Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR CNPJ: 02.341.470/0001-44 Insc. Estadual: 24.007.022-3	Nº da Nota Fiscal: 003301566 FCAN	

83620000002 1 375600/5000 0 000000000/0 3 34940/19008 2



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco inscrito (a) no CPF 825.396.343 / 20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Sygrida Talita de Souza Martins inscrito (a) no CPF sob o Nº 014.220.952 / 07, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Sygrida Talita de Souza Martins inscrito (a) no CPF sob o Nº 014.220.952 / 07, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço		Número	Complemento
CC. 11		294	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
lauro mouro	Boa Vista	RR	69031050
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
			993333855

Boa Vista, 18 de dezembro de 19
Local e Data

William Gonçalves Franco
Assinatura do Declarante

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Pernambuco
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

Classificação
Amarelo

Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Classificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Visto
urg

001162880	17/09/2019 11:18:09	FICHA DE ATENDIMENTO		CLÍNICA MÉDICA		DIURNO 07:19 93	
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário		
GYRIDD TALITA DE SOUSA MARTINS	22/08/1994	25 A 0 M 26 D	709005840154316	01422095207	00055776		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
GNORADO	3532364	SSPRR	10/11/2006	F	SOLTEIRO	APARDA	BACABAL - MA
Pai				Contato			
MARIA FERREIRA				ORLLENS DOUGLAS RODRIGUES MART			
Endereço				Ocupação	NÃO INFORMADA		
RUA - S-32 - 1511 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR							
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis. Prenatal		
VERDE	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
SPA - PRONTO ATENDIM	URGÊNCIA			37.30		130 x 80	
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:				
PRONTO ATENDIMENTO	DEMANDA ESPONTANEA		EDVAN NASCIMENTO				
Queixa Principal	☐ Síndrome Febre ☒ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue						
FRATURA EM CLAVICULA D.							
Anamnese de Enfermagem	GSC			TOTAL			
Nega alergia, HAS, DM	AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6						

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Paciente com história de acidente de moto há cerca de 20 dias com fratura de clavícula D.

Exame Físico

MS D imobilizado.

Hipótese Diagnóstica

Trauma

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG



PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
- Dipirona 1g (B)		
- Dexametasona 1mg (B)		

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☒ Transferência para: Ortopedia

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ Mortuária Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: ronilson
Data Hora: 17/09/2019 11:22:41



2019
SECRETARIA DE SAÚDE
Rua: Leopoldo de Bulhões
100, 42.000-000

Ortopedia Dr. Vagner

Pacient V. L. de la hancu Antero Clavicle
yes accident de moto her 72 Senas

S.I.C
Eff do + defuncta Clavicle

Rx fracture Clavicle (D)

H.O 0 mmms

L.O melgona + 1 marshalac
Internas

Dr. Odinachi Otenur
Medico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 765148

20128517

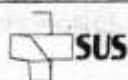


SYGRIDD TALITA DE SOUSA MARTINS
FEM 24A 17/09/2019 13:33:24
PAAR SALA DE COLETA

NIR

Anexo I

Transf: 22/09/19



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☐ 1Fem. ☒ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura da Costela (D)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento Cirúrgico

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

RX + Ex. Físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura de Costela Direita

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Ortopedia

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

Rogério

17/09/19

Dr. Rogério Rezende

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

21/9/19

0308010019

T068

5420

V299

005

PR-114.
T-36,4c

Naide Oliveira
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 785.000

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE: Sygnid T. Silva de Souza Luvantim					
AGNOSTIC: Px Comicial					
ALERGIAS		PAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO		DATA	29/09/20	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	SF 0,9% 500ML EV QD				SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SIN				SN 20:30
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA NTE				06
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
7	NALBUPINA 10 MG + 100ML SOL 0,1% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				SN
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h NTE				SN 02:00 06:00
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 3/8H SN				SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H 3 grupos				
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
13	SSVV - 3000 6/3 H				Retina
14	CURATIVO DIÁRIO				curativo
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					

SE NECESSÁRIO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORMES ESQUEMA:
200-250-300-350-400-450-500-550-600-650-700-750-800-850-900-950-1000-1050-1100-1150-1200-1250-1300-1350-1400-1450-1500-1550-1600-1650-1700-1750-1800-1850-1900-1950-2000-2050-2100-2150-2200-2250-2300-2350-2400-2450-2500-2550-2600-2650-2700-2750-2800-2850-2900-2950-3000-3050-3100-3150-3200-3250-3300-3350-3400-3450-3500-3550-3600-3650-3700-3750-3800-3850-3900-3950-4000-4050-4100-4150-4200-4250-4300-4350-4400-4450-4500-4550-4600-4650-4700-4750-4800-4850-4900-4950-5000-5050-5100-5150-5200-5250-5300-5350-5400-5450-5500-5550-5600-5650-5700-5750-5800-5850-5900-5950-6000-6050-6100-6150-6200-6250-6300-6350-6400-6450-6500-6550-6600-6650-6700-6750-6800-6850-6900-6950-7000-7050-7100-7150-7200-7250-7300-7350-7400-7450-7500-7550-7600-7650-7700-7750-7800-7850-7900-7950-8000-8050-8100-8150-8200-8250-8300-8350-8400-8450-8500-8550-8600-8650-8700-8750-8800-8850-8900-8950-9000-9050-9100-9150-9200-9250-9300-9350-9400-9450-9500-9550-9600-9650-9700-9750-9800-9850-9900-9950-10000-10050-10100-10150-10200-10250-10300-10350-10400-10450-10500-10550-10600-10650-10700-10750-10800-10850-10900-10950-11000-11050-11100-11150-11200-11250-11300-11350-11400-11450-11500-11550-11600-11650-11700-11750-11800-11850-11900-11950-12000-12050-12100-12150-12200-12250-12300-12350-12400-12450-12500-12550-12600-12650-12700-12750-12800-12850-12900-12950-13000-13050-13100-13150-13200-13250-13300-13350-13400-13450-13500-13550-13600-13650-13700-13750-13800-13850-13900-13950-14000-14050-14100-14150-14200-14250-14300-14350-14400-14450-14500-14550-14600-14650-14700-14750-14800-14850-14900-14950-15000-15050-15100-15150-15200-15250-15300-15350-15400-15450-15500-15550-15600-15650-15700-15750-15800-15850-15900-15950-16000-16050-16100-16150-16200-16250-16300-16350-16400-16450-16500-16550-16600-16650-16700-16750-16800-16850-16900-16950-17000-17050-17100-17150-17200-17250-17300-17350-17400-17450-17500-17550-17600-17650-17700-17750-17800-17850-17900-17950-18000-18050-18100-18150-18200-18250-18300-18350-18400-18450-18500-18550-18600-18650-18700-18750-18800-18850-18900-18950-19000-19050-19100-19150-19200-19250-19300-19350-19400-19450-19500-19550-19600-19650-19700-19750-19800-19850-19900-19950-20000-20050-20100-20150-20200-20250-20300-20350-20400-20450-20500-20550-20600-20650-20700-20750-20800-20850-20900-20950-21000-21050-21100-21150-21200-21250-21300-21350-21400-21450-21500-21550-21600-21650-21700-21750-21800-21850-21900-21950-22000-22050-22100-22150-22200-22250-22300-22350-22400-22450-22500-22550-22600-22650-22700-22750-22800-22850-22900-22950-23000-23050-23100-23150-23200-23250-23300-23350-23400-23450-23500-23550-23600-23650-23700-23750-23800-23850-23900-23950-24000-24050-24100-24150-24200-24250-24300-24350-24400-24450-24500-24550-24600-24650-24700-24750-24800-24850-24900-24950-25000-25050-25100-25150-25200-25250-25300-25350-25400-25450-25500-25550-25600-25650-25700-25750-25800-25850-25900-25950-26000-26050-26100-26150-26200-26250-26300-26350-26400-26450-26500-26550-26600-26650-26700-26750-26800-26850-26900-26950-27000-27050-27100-27150-27200-27250-27300-27350-27400-27450-27500-27550-27600-27650-27700-27750-27800-27850-27900-27950-28000-28050-28100-28150-28200-28250-28300-28350-28400-28450-28500-28550-28600-28650-28700-28750-28800-28850-28900-28950-29000-29050-29100-29150-29200-29250-29300-29350-29400-29450-29500-29550-29600-29650-29700-29750-29800-29850-29900-29950-30000-30050-30100-30150-30200-30250-30300-30350-30400-30450-30500-30550-30600-30650-30700-30750-30800-30850-30900-30950-31000-31050-31100-31150-31200-31250-31300-31350-31400-31450-31500-31550-31600-31650-31700-31750-31800-31850-31900-31950-32000-32050-32100-32150-32200-32250-32300-32350-32400-32450-32500-32550-32600-32650-32700-32750-32800-32850-32900-32950-33000-33050-33100-33150-33200-33250-33300-33350-33400-33450-33500-33550-33600-33650-33700-33750-33800-33850-33900-33950-34000-34050-34100-34150-34200-34250-34300-34350-34400-34450-34500-34550-34600-34650-34700-34750-34800-34850-34900-34950-35000-35050-35100-35150-35200-35250-35300-35350-35400-35450-35500-35550-35600-35650-35700-35750-35800-35850-35900-35950-36000-36050-36100-36150-36200-36250-36300-36350-36400-36450-36500-36550-36600-36650-36700-36750-36800-36850-36900-36950-37000-37050-37100-37150-37200-37250-37300-37350-37400-37450-37500-37550-37600-37650-37700-37750-37800-37850-37900-37950-38000-38050-38100-38150-38200-38250-38300-38350-38400-38450-38500-38550-38600-38650-38700-38750-38800-38850-38900-38950-39000-39050-39100-39150-39200-39250-39300-39350-39400-39450-39500-39550-39600-39650-39700-39750-39800-39850-39900-39950-40000-40050-40100-40150-40200-40250-40300-40350-40400-40450-40500-40550-40600-40650-40700-40750-40800-40850-40900-40950-41000-41050-41100-41150-41200-41250-41300-41350-41400-41450-41500-41550-41600-41650-41700-41750-41800-41850-41900-41950-42000-42050-42100-42150-42200-42250-42300-42350-42400-42450-42500-42550-42600-42650-42700-42750-42800-42850-42900-42950-43000-43050-43100-43150-43200-43250-43300-43350-43400-43450-43500-43550-43600-43650-43700-43750-43800-43850-43900-43950-44000-44050-44100-44150-44200-44250-44300-44350-44400-44450-44500-44550-44600-44650-44700-44750-44800-44850-44900-44950-45000-45050-45100-45150-45200-45250-45300-45350-45400-45450-45500-45550-45600-45650-45700-45750-45800-45850-45900-45950-46000-46050-46100-46150-46200-46250-46300-46350-46400-46450-46500-46550-46600-46650-46700-46750-46800-46850-46900-46950-47000-47050-47100-47150-47200-47250-47300-47350-47400-47450-47500-47550-47600-47650-47700-47750-47800-47850-47900-47950-48000-48050-48100-48150-48200-48250-48300-48350-48400-48450-48500-48550-48600-48650-48700-48750-48800-48850-48900-48950-49000-49050-49100-49150-49200-49250-49300-49350-49400-49450-49500-49550-49600-49650-49700-49750-49800-49850-49900-49950-50000-50050-50100-50150-50200-50250-50300-50350-50400-50450-50500-50550-50600-50650-50700-50750-50800-50850-50900-50950-51000-51050-51100-51150-51200-51250-51300-51350-51400-51450-51500-51550-51600-51650-51700-51750-51800-51850-51900-51950-52000-52050-52100-52150-52200-52250-52300-52350-52400-52450-52500-52550-52600-52650-52700-52750-52800-52850-52900-52950-53000-53050-53100-53150-53200-53250-53300-53350-53400-53450-53500-53550-53600-53650-53700-53750-53800-53850-53900-53950-54000-54050-54100-54150-54200-54250-54300-54350-54400-54450-54500-54550-54600-54650-54700-54750-54800-54850-54900-54950-55000-55050-55100-55150-55200-55250-55300-55350-55400-55450-55500-55550-55600-55650-55700-55750-55800-55850-55900-55950-56000-56050-56100-56150-56200-56250-56300-56350-56400-56450-56500-56550-56600-56650-56700-56750-56800-56850-56900-56950-57000-57050-57100-57150-57200-57250-57300-57350-57400-57450-57500-57550-57600-57650-57700-57750-57800-57850-57900-57950-58000-58050-58100-58150-58200-58250-58300-58350-58400-58450-58500-58550-58600-58650-58700-58750-58800-58850-58900-58950-59000-59050-59100-59150-59200-59250-59300-59350-59400-59450-59500-59550-59600-59650-59700-59750-59800-59850-59900-59950-60000-60050-60100-60150-60200-60250-60300-60350-60400-60450-60500-60550-60600-60650-60700-60750-60800-60850-60900-60950-61000-61050-61100-61150-61200-61250-61300-61350-61400-61450-61500-61550-61600-61650-61700-61750-61800-61850-61900-61950-62000-62050-62100-62150-62200-62250-62300-62350-62400-62450-62500-62550-62600-62650-62700-62750-62800-62850-62900-62950-63000-63050-63100-63150-63200-63250-63300-63350-63400-63450-63500-63550-63600-63650-63700-63750-63800-63850-63900-63950-64000-64050-64100-64150-64200-64250-64300-64350-64400-64450-64500-64550-64600-64650-64700-64750-64800-64850-64900-64950-65000-65050-65100-65150-65200-65250-65300-65350-65400-65450-65500-65550-65600-65650-65700-65750-65800-65850-65900-65950-66000-66050-66100-66150-66200-66250-66300-66350-66400-66450-66500-66550-66600-66650-66700-66750-66800-66850-66900-66950-67000-67050-67100-67150-67200-67250-67300-67350-67400-67450-67500-67550-67600-67650-67700-67750-67800-67850-67900-67950-68000-68050-68100-68150-68200-68250-68300-68350-68400-68450-68500-68550-68600-68650-68700-68750-68800-68850-68900-68950-69000-69050-69100-69150-69200-69250-69300-69350-69400-69450-69500-69550-69600-69650-69700-69750-69800-69850-69900-69950-70000-70050-70100-70150-70200-70250-70300-70350-70400-70450-70500-70550-70600-70650-70700-70750-70800-70850-70900-70950-71000-71050-71100-71150-71200-71250-71300-71350-71400-71450-71500-71550-71600-71650-71700-71750-71800-71850-71900-71950-72000-72050-72100-72150-72200-72250-72300-72350-72400-72450-72500-72550-72600-72650-72700-72750-72800-72850-72900-72950-73000-73050-73100-73150-73200-73250-73300-73350-73400-73450-73500-73550-73600-73650-73700-73750-73800-73850-73900-73950-74000-74050-74100-74150-74200-74250-74300-74350-74400-74450-74500-74550-74600-74650-74700-74750-74800-74850-74900-74950-75000-75050-75100-75150-75200-75250-75300-75350-75400-75450-75500-75550-75600-75650-75700-75750-75800-75850-75900-75950-76000-76050-76100-76150-76200-76250-76300-76350-76400-76450-76500-76550-76600-76650-76700-76750-76800-76850-76900-76950-77000-77050-77100-77150-77200-77250-77300-77350-77400-77450-77500-77550-77600-77650-77700-77750-77800-77850-77900-77950-78000-78050-78100-78150-78200-78250-78300-78350-78400-78450-78500-78550-78600-78650-78700-78750-78800-78850-78900-78950-79000-79050-79100-79150-79200-79250-79300-79350-79400-79450-79500-79550-79600-79650-79700-79750-79800-79850-79900-79950-80000-80050-80100-80150-80200-80250-80300-80350-80400-80450-80500-80550-80600-80650-80700-80750-80800-80850-80900-80950-81000-81050-81100-81150-81200-81250-81300-81350-81400-81450-81500-81550-81600-81650-81700-81750-81800-81850-81900-81950-82000-82050-82100-82150-82200-82250-82300-82350-82400-82450-82500-82550-82600-82650-82700-82750-82800-82850-82900-82950-83000-83050-83100-83150-83200-83250-83300-83350-83400-83450-83500-83550-83600-83650-83700-83750-83800-83850-83900-83950-84000-84050-84100-84150-84200-84250-84300-84350-84400-84450-84500-84550-84600-84650-84700-84750-84800-84850-84900-84950-85000-85050-85100-85150-85200-85250-85300-85350-85400-85450-85500-85550-85600-85650-85700-85750-85800-85850-85900-85950-86000-86050-86100-86150-86200-86250-86300-86350-86400-86450-86500-86550-86600-86650-86700-86750-86800-86850-86900-86950-87000-87050-87100-87150-87200-87250-87300-87350-87400-87450-87500-87550-87600-87650-87700-87750-87800-87850-87900-87950-88000-88050-88100-88150-88200-88250-88300-88350-88400-88450-88500-88550-88600-88650-88700-88750-88800-88850-88900-88950-89000-89050-89100-89150-89200-89250-89300-89350-89400-89450-89500-89550-89600-89650-89700-89750-89800-89850-89900-89950-90000-90050-90100-90150-90200-90250-90300-90350-90400-90450-90500-90550-90600-90650-90700-90750-90800-90850-90900-90950-91000-91050-91100-91150-91200-91250-91300-91350-91400-91450-91500-91550-91600-91650-91700-91750-91800-91850-91900-91950-92000-92050-92100-92150-92200-92250-92300-92350-92400

B.2

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

DATA DE ADMISSÃO DIH 17/09/2019 DN 22/08/1994

PACIENTE SYGRIDD TALITA DE SOUSA MARTINS

AGNÓSTICO FRATURA DE CLAVICULA DIREITO

ALERGIAS NEGA HAS NÃO DM2 NÃO

IDADE 25 LEITO PAAR DATA 18/09/2019

ITEM		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	SFO,9% 500ML S/N EV	SN
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS OU VO 500MG 6/6HR	14 20.02.2018
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SN
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	SN
10	CURATIVO DIÁRIO	Realizar
11	SSVV + CCGG 6/6 H	Retiro
12		
13		
14		
16		

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	120x60	69		36.4°C
12 H	120x80	85		36.2°C
18 H	110x70	87		36.6°C
24 H	90x60	71		36.4°C

Amélia de S. Aguiar
Téc. De Farmácia
COREN/RN 907.678-15

AO BLOCO

12/09/2019
Fátima Coelho Gonçalves
CRM: 1881/RR
Dr. Odinachi Okem
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

MEDICAÇÕES VESPERTINAS REALIZADAS

17/4

Amanda A. dos Reis
Técnica em Enfermagem
COREN-RR 907.541-1E

Troca de AVP
9-10

M. Amélia de S. Aguiar
Téc. De Enfermagem
COREN/RR 907.678-1E

Realizado Melécor e
suas vitas noturnas

Vanessa Souza dos Santos
Técnica em Enfermagem
COREN-RR 907.567

Maria Helena V. Barbosa
Técnica em Enfermagem
COREN-RR 907.517-1E

medicação
matutina
administrada.

Néscia de Paula Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 001.142-TE

Zilma A. de Macena
Técnica em Enfermagem
COREN-RR 001.127-TE

MEDICAÇÕES VESPERTINAS REALIZADAS

12/9

Nayle Oliveira Luz
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 795.088

Luzia Coelho Gonçalves
COREN-RR 866.341-TE

Medicação Noturna Administrada

Patrícia Cabral
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 537-TE

Tatiana Castro
Técnico em Enfermagem
COREN-RR 1247438 TE

Edilene O. Coelho
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 001.055.026-TEC

Glória M^a Souza Brandão
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 841-TE

Rosângela dos Santos Maciel
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 001.047-TE

Elizângela G. de Oliveira
Téc. de Enfermagem
COREN/RR 001.090.136

Maria da Fátima V. Barbosa
COREN-RR 630.517-TE

BE

3028

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN			
PACIENTE: SYGRID TALITA DE SOUSA MARTINS					
ACIDENTE: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA					
ALERGIA	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE: 25 ANOS	LEITO		DATA	30/9/19	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LÍQUIDA				6h
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	SF 0,9% 500ML EV 8H				slw
4	DIPYRONE 500MG EV 8/8H				08:30 20:00
5	OMETRAZOL 10MG EV 1X DIA				08:30
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				slw
7	NAUSEFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				ATENÇÃO
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8H				17h
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H				slw
10	CLINDAMICINA 300MG EV 8/8H				
11	CIPROFLOXACINA 500MG EV 12/12H				suspensa
12	CAPTOPRIL 25MG SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
13	CURATIVO DIÁRIO				Rodriguez

Ao Buco!

Dr. Marcelo

SE NECESSÁRIO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (IC), CONFORME ESQUEMA:
 200-100-50-25-12,5-6,25-3,125-1,56-0,78-0,39-0,19-0,09-0,045-0,023-0,012-0,006-0,003-0,0015-0,00075-0,000375-0,00019-0,000095-0,0000475-0,00002375-0,000011875-0,0000059375-0,00000296875-0,000001484375-0,0000007421875-0,00000037109375-0,000000185546875-0,0000000927734375-0,00000004638671875-0,000000023193359375-0,0000000115966796875-0,00000000579833984375-0,000000002899169921875-0,0000000014495849609375-0,00000000072479248046875-0,000000000362396240234375-0,0000000001811981201171875-0,00000000009059906005859375-0,000000000045299530029296875-0,0000000000226497650146484375-0,00000000001132488250732421875-0,000000000005662441253662109375-0,000000000002831220626831046875-0,0000000000014156103134155234375-0,00000000000070780515670776171875-0,000000000000353902578353880859375-0,0000000000001769512891769404296875-0,00000000000008847564458847021484375-0,00000000000004423782229423510721875-0,000000000000022118911147117553609375-0,0000000000000110594555735587768046875-0,00000000000000552972778677938840234375-0,000000000000002764863893389694201171875-0,0000000000000013824319466948471005859375-0,00000000000000069121597334742355229296875-0,000000000000000345607986673711776146484375-0,0000000000000001728039933368558880732421875-0,0000000000000000864019966673711776146484375-0,00000000000000004320099833368558880732421875-0,00000000000000002160049916673711776146484375-0,000000000000000010800249583368558880732421875-0,0000000000000000054001247916673711776146484375-0,00000000000000000270006239583368558880732421875-0,000000000000000001350031197916673711776146484375-0,0000000000000000006750155989583368558880732421875-0,00000000000000000033750779947916673711776146484375-0,000000000000000000168750389739583368558880732421875-0,0000000000000000000843751948697916673711776146484375-0,000000000000000000042187509743489583368558880732421875-0,000000000000000000021093750487174296673711776146484375-0,00000000000000000001054687502435871483368558880732421875-0,000000000000000000005273437501217935916673711776146484375-0,0000000000000000000026367187500608967916673711776146484375-0,000000000000000000001318359375003044839583368558880732421875-0,00000000000000000000065917968750015224197916673711776146484375-0,0000000000000000000003295898437500076120989583368558880732421875-0,000000000000000000000164794921875000380604947916673711776146484375-0,00000000000000000000008239746093750001903024739583368558880732421875-0,0000000000000000000000411987304687500009515123697916673711776146484375-0,000000000000000000000020599365234375000047575619489583368558880732421875-0,00000000000000000000001029968261718750000237878097447916673711776146484375-0,0000000000000000000000051498413085937500001189390487239583368558880732421875-0,000000000000000000000002574920654296875000005946952436197916673711776146484375-0,00000000000000000000000128746032711468750000029734762180989583368558880732421875-0,00000000000000000000000064373016355744187500000148673810904947916673711776146484375-0,000000000000000000000000321865081778720937500000074336905452239583368558880732421875-0,0000000000000000000000001609325408893604687500000037168452726197916673711776146484375-0,000000000000000000000000080466270444680234375000000185842263630989583368558880732421875-0,00000000000000000000000004023313522234011718750000000929211318154947916673711776146484375-0,00000000000000000000000002011656761117005859375000000046460565907747916673711776146484375-0,0000000000000000000000000100582838055850292968750000000232302829538739583368558880732421875-0,00000000000000000000000000502914190277750146484375000000011615141476939583368558880732421875-0,00000000000000000000000000251457095138875007324218750000000058075707384697916673711776146484375-0,00000000000000000000000000125728547569437500366210937500000000290378536923489583368558880732421875-0,00000000000000000000000000062864273784718750018310468750000000014518926846197916673711776146484375-0,0000000000000000000000000003143213689234375000915523437500000000072594634230989583368558880732421875-0,000000000000000000000000000157160684461718750004577617187500000000036297317114947916673711776146484375-0,000000000000000000000000000078580342230859375000228880859375000000000181486585574739583368558880732421875-0,0000000000000000000000000000392901711154296875000114440429687500000000009074329278739583368558880732421875-0,0000000000000000000000000000196450855577146875000057220214839583368558880732421875-0,0000000000000000000000000000098225427788572918750000286101074197916673711776146484375-0,00000000000000000000000000000491127138942860937500001430505370989583368558880732421875-0,000000000000000000000000000002455635694714296875000007152526854947916673711776146484375-0,0000000000000000000000000000012278178473571468750000035762634274739583368558880732421875-0,00000000000000000000000000000061390892367857291875000001788131713739583368558880732421875-0,000000000000000000000000000000306954461839286093750000008940658568739583368558880732421875-0,0000000000000000000000000000001534772309196429687500000044703292843697916673711776146484375-0,000000000000000000000000000000076738615459821468750000002235164642180989583368558880732421875-0,00000000000000000000000000000003836930772991072918750000011175823210947916673711776146484375-0,0000000000000000000000000000000191846538649553645937500000055879116054739583368558880732421875-0,000000000000000000000000000000009592326932477682296875000000279395580273697916673711776146484375-0,0000000000000000000000000000000047961634662388411468750000001396977901368489583368558880732421875-0,0000000000000000000000000000000023980817331194205729187500000006984889506842447916673711776146484375-0,00000000000000000000000000000000119904086655971028645937500000003492444753421239583368558880732421875-0,0000000000000000000000000000000005995204332798551432296875000000017462223767106197916673711776146484375-0,00000000000000000000000000000000029976021663992757161468750000000087311118835530989583368558880732421875-0,0000000000000000000000000000000001498801083199637858072918750000000043655559417764947916673711776146484375-0,000000000000000000000000000000000074940054159931892903645937500000000218277797088824739583368558880732421875-0,000000000000000000000000000000000037470027079965946451822968750000000010913889854441239583368558880732421875-0,0000000000000000000000000000000000187350135399829732259114687500000000054569449272206197916673711776146484375-0,0000000000000000000000000000000000093675067699914866129557291875000000000272847246361030989583368558880732421875-0,0000000000000000000000000000000000046837533849957433064778593750000000001364236231805154947916673711776146484375-0,00000000000000000000000000000000000234187669249787165323892968750000000000682118115902574739583368558880732421875-0,00000000000000000000000000000000000117093834624893582661946484375000000000034105905795128739583368558880732421875-0,0000000000000000000000000000000000005854691731244679133097322968750000000000170529528975643697916673711776146484375-0,000000000000000000000000000000000000292734586562233956654866146875000000000008526476448782184947916673711776146484375-0,00000000000000000000000000000000000014636729328111697832723307343750000000000042632382243910924739583368558880732421875-0,0000000000000000000000000000000000000731836466405584891636165367187500000000000213161911219546123697916673711776146484375-0,00000000000000000000000000000000000003659182332027924458180826835937500000000001065809556097730618489583368558880732421875-0,000000000000000000000000000000000000018295911660139622290904134196875000000000005329047780488653092447916673711776146484375-0,000000000000000000000000000000000000009147955830069811145452067098437500000000002664523890244326546239583368558880732421875-0,00000000000000000000000000000000000000457397791503490557272603354921875000000000013322619451221632731197916673711776146484375-0,000000000000000000000000000000000000002286988957517452786363016774609375000000000066613097256108163655989583368558880732421875-0,000000000000000000000000000000000000001143494478758726393181508388730468750000000000333065486280540818279947916673711776146484375-0,000000000000000000000000000000000000000571747239379361196590754194365937500000000001665327431402704091399739583368558880732421875-0,00000000000000000000000000000000000000028587361968968059829537709718296875000000000008326637157013520456998697916673711776146484375-0,0000000000000000000000000000000000000001429368098448402991476885485914687500000000000416331857850676022849993489583368558880732421875-0,007146840492242014957384427429573437500000000000208165928925338011424996739583368558880732421875-0,00357342024612100747869221371478671875000000000001040829644626690057124983697916673711776146484375-0,0017867101230605037393461068573933937500000000000052041482231334502856249439583368558880732421875-0,00089335506153025186967305342869669687500000000000260207411156672514281247197916673711776146484375-0,000446677530765125934836526714349834375000000000001301037055783362571406235989583368558880732421875-0,0002233387653825629674178133571724916875000000000006505185278916613571031179947916673711776146484375-0,0001116693826912814837089066785862458437500000000000325259263945830678551559989583368558880732421875-0,005583469134564074185445333929312291875000000000001626296319729153392777799947916673711776146484375-0,0027917345672820370927226669646561459375000000000008131481598645766963888999739583368558880732421875-0,00139586728364101854636133348222782968750000000000040657407993228834816944998697916673711776146484375-0,000697933641820509273180666741113914593750000000000203287039966144174084724993489583368558880732421875-0,000348966820910254636590333370556957291875000000000101643519983072087042362496739583368558880732421875-0,000174483410455127318295166685278478593750000000000508217599915360435211812496739583368558880732421875-0,00872417052275636591475833426392392968750000000002541087999576802176059062496739583368558880732421875-0,0043620852613781829573791667196196196437500000000012705439997884010880295312496739583368558880732421875-0,00218104263068909147868958339809809821875000000000063527199989420054401476562496739583368558880732421875-0,0010905213153445457393445294904904918750000000000317635999947100272007382812496739583368558880732421875-0,00054526065767227286967226474524524593750000000001588179999735501360036914062496739583368558880732421875-0,000272

medicação
matutina
administrada

Alicione Cardoso Alves
Téc. Enfermagem
COREN-RR 177.004-TE

Elzimar S. Nicácio
COREN-RR 257

MEDICAÇÕES VESPERTINAS REALIZADAS

20/3

bw
Frª. Lilliane da Costa
COREN-RR 000967822-TE

Naute Oliveira Lous
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 795.088

Troco de AVP
6-18

Realizado medicações noturnas
e SSVU, conforme prescrição.

bw
Magna Feitosa Barreto
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 89.668-TEC

heli
Frª. Lilliane da Costa
COREN-RR 000967822-TE

heli
Milton B. Soares
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 581840-TE

heli
Tatiane Sade Moura
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 000668129-TE

Jocileide de S. Correa
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 386229

Fuenis Macedo Lima Silva
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 1009875

3025

BE

 GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima	SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		 HGR Hospital Geral de Roraima
	SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		
	PRESCRIÇÃO MÉDICA		

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	SYGRID TALITA DE SOUSA MARTINS				
DIAGNÓSTICO	FX CLAVICULA D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	21/09/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				11/09/19
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				12. 24.
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIARIO SN				
15					
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI ; 251-300: 4UI ; 301-350: 6UI ; 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
19					
20					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

~~NIR~~
 Resolvido para leito
 BLC 05
 Regularização Interna

~~NIR~~
 Regularizado para leito
 BLC 3025
 Regularização Interna

SINAIS VITAIS	PA	FC	Temp	D/E
6 H	101 x 70	82	36,5°C	+ 0
12 H	120 x 90	95	36,8°C	116 mg/dl
18 H	130 x 70	89	36,9°C	
24 H	115 x 76	80	36,6°C	

MÉDICO RESIDENTE EM
 ORTOPEDIA E
 TRAUMATOLOGIA.

AS 20:40: PA 100 x 70
 FC 90
 T 36,5°C

Medicações e SSW Sumo
realizados
Data: 21/09/2019
Inra: 1.2



Lindalva S. Nascimento
COREN-RR 175.462

Sterffeson de S. Braga
Téc. Enfermagem
COREN-RR 917070

Luana de Silva Vale
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 639.121

União Cristã de Saúde
Serviço de Informática
Cidade de São Paulo - SP

As 23h - Paciente em repouso no leito, LOTEP,
24/09/19 BCG, comunicativa, internado
por fratura de Clavícula D em
agosto, evolui normotensa, nor-
mocardia, afébril, sem queixas
algumas no momento. Segue aos
cuidados de enfermagem.

Dra. Maria Elvinda Portela Melo Azevedo
Enfermeiro
COREN/RR 349.895



302-5

302-5

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE**RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC**Eu Suegrid Talib de Souza Martins CPF nº _____

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual (is) serei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguara justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico- assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

- Cirurgias pré-agendadas;
- Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
- Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguara;

5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;

6.) Confirmando que recebi explicações, li, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 21 de 09 de 2019.Assinatura do paciente: Maria da Cruz Paulo

Responsável:

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº: _____

Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico.

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s)/ procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/ responsável entendeu o que expliquei.

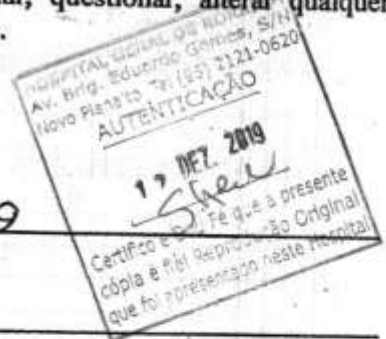
Boa Vista, 22 de Setembro de 2019. Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura/Carimbo do Médico Regulador

CRM _____ / _____





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RELATORIO MEDICO/NIR DE TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA/HC

DATA: ____/____/____

PACIENTE: _____

DIAGNOSTICO(S): _____ DN: ____/____/____

DIH: ____/____/____

KANBAM: _____

Dieta: _____

EXAMES ADMISSIONAIS (DATA ____/____/____): Hb: ____ Ht: ____ Ur: ____ Cr: ____

Leuc: ____ Seg: ____ Plaquetas: ____

Na: ____ K: ____ Ca: ____ Cl: ____

HCO₃: ____ PH: ____ BE: ____ PO₂: ____ PCO₂: ____

EAS: _____

CULTURAS (____/____/____): _____

IMAGEM _____

EXAMES DE TRANSFERENCIA (DATA ____/____/____): Hb: ____ Ht: ____ Ur: ____ Cr: ____

Leuc: ____ Seg: ____ Plaquetas: ____ Na: ____ K: ____ Ca: ____

Cl: ____ HCO₃: ____ PH: ____ BE: ____ PO₂: ____ PCO₂: ____

EAS _____

IMAGEM _____

ANTIBIÓTICO _____

USADO: _____

JUSTIFICATIVA DE _____

ANTIBIÓTICO: _____

EXAMES/PROCEDIEMNTOS AGENDADOS: _____

TERAPIA INSTITUIDA: _____

EVOLUÇÃO CLINICA: _____

Cirurgia p/ 10-19 em 19h (Sete).

Boa Vista, ____ de ____ de 20____, Hora: _____

Assinatura/carimbo do Medico Assistente

Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda/HC

Dr. Pedro Di Grol
Coordenador de Emergência

Assinatura/carimbo do Medico Regulador

CRM ____/____

CRM ____/____

D



Nome: SYNGRIDD TALITA DE SOUSA MARTINID
HMINSN

17/09/2019 10:45:08

Nasc: 17/09/2019

76,2 %

Tec. TARCISO

D



SYGRIDD TALITA DE SOUSA

14573

HOSPITAL CORONEL MOTA

23/12/2019

Cloudoaldo

Tam:real

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



SYGRIDD TALITA DE SOUSA MARTINS
FILIAÇÃO: ORLES DOUGLAS RODRIGUES MARTINS
MARIA FERREIRA DE SOUSA
NASCIMENTO: 22/08/1984 **SEXO:** FEMININO
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
NATURALIDADE: BACABAL - MA
DOCUMENTO: R.G. 353235-4 SESP RR 10/11/2006
LEI Nº 9.048, DE 18 DE MAIO DE 1996
CNPJ: 014.220.852-07
TIT. ELEITOR:
ZONA:
LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTEIRR - 30/03/2009



ASSINATURA DO TITULAR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /
 DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

LEGENDA

A - CASAMENTO C - DIVÓRCIO E - RECONHECIMENTO DE INTERIDADE G - DATA DE NASCIMENTO
 B - SEP JUDICIAL D - ADOÇÃO F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

03

TRABALHADOR

seu Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 20.335 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. O documento obrigatório para o exercício de qualquer trabalho ou atividade profissional.

ela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos do reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a concessão da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de garantia do tempo de Serviço - FGTS;

o conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, bem como a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Por sua importância, é seu dever protegê-la e mantê-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade dos direitos como trabalhador e cidadão, ela serve para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PREVIASEP 204.49768.83-4

1894666

003-0

RR

Sygridd Talita de S. Martins.



03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito



William Gonçalves Franco
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 239717 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/10/2016

NOME WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE SANTA INÊS - MA DATA DE NASCIMENTO 09/12/1978

DOC ORDEM CERTO CAS 10492 FLS 292 LIV 8-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20 AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Fotofuscador da Polícia Civil
Diretor do IGC

2 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - RR N° 013746251841
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA 01 CDO RENAVAM 00551859890 RNTC EXERCICIO 2017

NOME
DELEY RIECELly SOUSA DE JESUS

CPT/CNPJ 790.396.502-68 PLACA NUJ2827

PLACA ANT/UF NUJ2827 RR CHASSI 9C2KC1680DR322786

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/NAU APL UL COMBUSTIVEL AL 11/2/2011

MARCA/MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI ANO FAB 2013 ANO MOD 2013

CAP/POT/CL 2P/0149CC/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE AMARELA

COTA UNICA *PAGO* VENC. COTA UNICA *PAGO* 1ª *****

2ª ***** 3ª *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00 ICF (R\$) 00 PREMIO TOTAL (R\$) 00 DATA DE PAGAMENTO 08/08/2017

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMINIO * PROIB SAIR AMAZ OCID *

BOA VISTA RR 33/08/2017

Antonio Francisco Beserra Marques
Diretor Presidente
DETRAN-RR

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

RR N° 013746251841 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
790.396.502-68 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCICIO 2017 DATA EMISSÃO 23/08/2017

VIA 01 CPT/CNPJ 790.396.502-68 PLACA NUJ2827

RENAVAM 00551859890 MARCA/MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB 2013 DATA TAR 9C2KC1680DR322786

PREMIO TARIFARIO

FMS (R\$) R\$81.29 DENATRAN (R\$) R\$9.03 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15 ICF (R\$) R\$0.7 TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) R\$185.5

PAGAMENTO ☒ COTA UNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 08/08/2017

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04 013746251841
www.seguradoralider.com.br 0484349246

JUL-2017

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0042257/20

Vítima: SYGRIDD TALITA DE SOUSA MARTINS

CPF: 014.220.952-07

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/08/2019

Titular do CPF: SYGRIDD TALITA DE SOUSA MARTINS

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

SYGRIDD TALITA DE SOUSA MARTINS : 014.220.952-07

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: 30/01/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/01/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200051029 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SYGRIDD TALITA DE SOUSA **Data do acidente:** 25/08/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
MARTINS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA. PG17

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO
OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	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: 3200051029 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SYGRIDD TALITA DE SOUSA **Data do acidente:** 25/08/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
MARTINS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA. PG17

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME:

NACIONALIDADE:

PROFISSÃO:

CPF:

BAIRRO:

CEP:

ESTADO CIVIL:

RG:

ENDEREÇO:

CIDADE:

VITIMA:

CPF:

NATUREZA:

DATA DO ACIDENTE:

☒ INVALIDEZ

☐ MORTE

OUTORGADA:

NOME:

NACIONALIDADE:

ESTADO CIVIL:

PROFISSÃO:

Nº. DO RG:

DATA DE EMISSÃO:

Nº. DO CPF:

ENDEREÇO:

ORGÃO EMISSOR:

PODERES:

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



Boa Vista, 18 de Dezembro de 20 19

Suziella Talita de Sousa Martins

ASSINATURA

OBS: Reconhecer por autenticidade



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0042257/20

Vítima: SYGRIDD TALITA DE SOUSA MARTINS

CPF: 014.220.952-07

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/08/2019

Titular do CPF: SYGRIDD TALITA DE SOUSA MARTINS

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

SYGRIDD TALITA DE SOUSA MARTINS : 014.220.952-07

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: 30/01/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/01/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

WILLIAM GONCALVES FRANCO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200051029

Vítima: SYGRIDD TALITA DE SOUSA MARTINS

Data do Acidente: 25/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SYGRIDD TALITA DE SOUSA MARTINS

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, 15 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200051029

Vítima: SYGRIDD TALITA DE SOUSA MARTINS

Data do Acidente: 25/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SYGRIDD TALITA DE SOUSA MARTINS

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: SYGRIDD TALITA DE SOUSA MARTINS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003906

Conta: 000008153-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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:

4 - Nome completo da vítima:

014-220-952-07 Sygrydd Talita de Souza Martins

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

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

6 - CPF:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

8906

CONTA:

00008153

7

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 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:

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.

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,

Bom Vista, 18 de dezembro de 2019

x Sygrydd Talita de Souza Martins

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041697/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 25/11/2019 22:29 Data/Hora Fim: 25/11/2019 22:58
 Origem: Pessoa Física - Particular Data: 25/11/2019
 Delegado de Polícia: Douglas Gabriel da Cruz

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 25/08/2019 06:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
 Logradouro: AV. GENERAL ATAÍDE TEIVE
 Complemento: CRUZAMENTO COM NAZARÉ FILGUEIRAS
 Ponto de Referência: EM FRENTE AO DUAS RODAS MOTO PEÇAS
 Tipo do Local: Via Pública

Bairro: Pintolândia

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: SYGRIDD TALITA DE SOUSA MARTINS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: MA - Bacabal Sexo: Feminino Nasc: 22/08/1994
 Profissão: Operador de Caixa Escolaridade: Ensino Superior Incompleto
 Estado Civil: Solteiro(a)
 Nome da Mãe: Maria Ferreira de Souza Nome do Pai: Oriles Douglas Rodrigues Martins
 Em Serviço: Sim

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 014.220.952-07
 RG - Carteira de Identidade: 353236-4

Endereço

Município: Boa Vista - RR
 Logradouro: R José M dos S Neto Nº: 1511
 Complemento: CASA
 Bairro: Senador Hélio Campos CEP: 69.316-603
 Telefone: (95) 99161-6497 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição MOTOCICLETA HONDA 150cc PLACA NUJ-2827	CPF/CNPJ do Proprietário 790.396.502-68
Placa NUJ2827	Renavam 00551859890
Número do Motor KC16E8D322786	Número do Chassi 9C2KC1680DR322786
Ano/Modelo Fabricação 2013/2013	Cor AMARELA
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI	Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041697/2019

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 21/08/2017

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

Envolvimentos

Sygridd Talita de Sousa Martins

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Sr. Delegado de Polícia compareceu nesta DP a comunicante acima qualificada para informar o seguinte fato: Que no dia e horário acima trafegava em via pública conduzindo o veículo acima MOTOCICLETA HONDA CG 150cc PLACA NUJ-2627, quando ao aproximar se do semáforo que fica no cruzamento da Av. Gal. Ataíde Teive com Av. Nazaré Figueiras ao parar a motocicleta para evitar a colisão com o veículo que parou bruscamente a sua frente (não sabe informar modelo ou condutor) perdeu o controle do veículo vindo a cair na via sofrendo lesão corporal com fratura; Que a vítima foi socorrida por populares que passavam no momento do acidente, em seguida foi acionado o SAMU que prestou atendimento no local em seguida foi encaminhada ao PSE/HGR onde ficou hospitalizada no Grande Trauma daquela unidade hospitalar para avaliação médica onde foi constada fratura clavícula direita além de várias escoriações pelo corpo, que e posteriormente foi submetida a cirurgia ortopédica na região da fratura. É o que tem a comunicar.

ASSINATURAS

Frank Pessoa de Carvalho

Agente de Polícia
Matrícula 042000410

Responsável pelo Atendimento

Sygridd Talita de Sousa Martins

(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 desonrem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Via do sinistro ou ASL: ☐ 3 - OFF de vítima: ☐ 4 - Nome completo da vítima: Suzuchi Talita de Souza Martins

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

5 - Nome completo: Suzuchi Talita de Souza Martins 6 - CPF: 04.220.952.07
7 - Profissão: Paradeiro de Livros 8 - Endereço: Rua José M. dos S. Neto 9 - Número: 1511 10 - Complemento:
11 - Bairro: Sumaré do Sul 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RN 14 - CEP: 69.316-603
15 - E-mail: 9599113-3855

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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: ☒ R\$0,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00
☐ SEM RENDA

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Anote o código) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3906 CONTA: 00008153 7 AGÊNCIA: CONTA:
(Informe o código de cidade) (Informe o código de cidade) (Informe o código de cidade) (Informe o código de cidade)

Autorizo a Seguradora a abrir e operar a conta bancária instituída, em nome do titular/representante, a ser usada para depósito da indenização (reembolso do Seguro DPVAT) a qualquer tempo, reconhecendo e concordando, desde já e somente após a efetivação do crédito, que a conta 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 impedido(a) de apresentar a laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.154/74), 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 a prossecução de análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação má-lha 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 de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme a legislação nº 6.197/74.

Declaro que esta sua declaração não significa anulação ou nulidade com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Cônjuge ☐ Pais ☐ Filhos ☐ Irmãos ☐ Outros ☐ Não se aplica

24 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

25 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

26 - Vítima tem filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima tem filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

28 - Vítima deixou irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

29 - Se a vítima deixou irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou pais, informar: ☐ Sim ☐ Não

31 - Se a vítima deixou pais, informar: ☐ Sim ☐ Não

32 - Vítima deixou outros parentes, informar: ☐ Sim ☐ Não

33 - Se a vítima deixou outros parentes, informar: ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ocorra a indenização do Seguro DPVAT por morte a todos os beneficiários que se apresentarem e provarão esta condição, esta condição, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira acarretará a suspensão da rescisão do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 298 do Código Penal.

34 - Nome completo do beneficiário: 35 - Nome legal da quem assina o pedido (a rogar):

36 - CPF legal da quem assina o pedido (a rogar): 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogar):

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha:

39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data: Boa Vista, 18 de Dezembro de 2019
Suzuchi Talita de Souza Martins
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):
William Gonçalves
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):
43 - Assinatura do Produtor (se houver):

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALIQUOTIZADO

ESCLUSÃO DE



FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 1563:

EQUIPE SAMU BV
UNIDADES
BRAVO II

EQUIPE: Jacqueline / Dirjan

Paciente: Syguia Tarcia de Souza Martins Idade: 25 Sexo: Fem.
 Nacionalidade: Brasileira Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia []
 Endereço: Av. Maide Teive 654 Bairro: Rio Bonito

Nº 14456 DATA 25/08/19 HORA J/9: 6:59 BASE () VIA [X] [X] RÁDIO
 Médico (a) Regulador (a): Dr. Nisson HORA J/10: 7:04 () CELULAR
 MOTIVO INICIAL: Queda moto
 INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora (X) 1 a 3 horas () 4 a 24 horas () Mais de 24 horas () Não sabe ()

TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA

[X] Acidente de trânsito [] Urgência psiquiátrica [] Queimadura [] Urgência obstétrica
 [] Agressão física / espancamento [] Tentativa de suicídio [] Choque elétrico [] Transferência
 [] Agressão física - FAF [] Envenenamento [X] Queda [] Exame complementar
 [] Agressão física - FAB [] Afogamento [] Urgência clínica [] Outros

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VÍTIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO	OUTRA PARTE ENVOLVIDA	ITENS DE SEGURANÇA
[] Pedestre	[X] A pé	[] Automóvel	[] Capacete
[X] Condutor	[] Automóvel	[] Motocicleta	[] Cinto de segurança
[] Passageiro	[X] Motocicleta	[] Ônibus	[] Airbag
[] Ignorado	[] Bicicleta	[] Micro-ônibus	[] Assento para criança

AVALIAÇÃO INICIAL

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AV. NEUROLÓGICA
[X] Livre	[] Apnéia	[] Bradicárdico	[] Miose
[] Obstrução Parcial	[] Dispnéia	[] Enchimento capilar acima de 2"	[] Midríase
[] Obstrução Total	[] Bradipnéia	[] Pulso radial ausente	[] Anisocoria [] D [] E
[] Corpo estranho	[] Taquipnéia	[] Pulso central ausente	[] Aparentemente Alcoolizado
[] Outro: _____		[] Cianose central [] Extremidade	[] Agitação psicomotora

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Início <u>07:20</u>	<u>120/80</u>	<u>118</u>	<u>20</u>	<u>99</u>				
Fim <u>07:32</u>	<u>120/80</u>	<u>102</u>	<u>18</u>	<u>100</u>				

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

LESÃO IDENTIFICADA	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
1 - Dor	4 - Espontânea	5 - Orientado	5 - Obedece a comandos
2 - Hematoma	3 - Ao comando	4 - Confuso	4 - Localiza a dor
3 - Contusão	2 - À dor	3 - Palavras inapropriadas	4 - Movimento de retirada
4 - Escoriação	1 - Sem resposta	2 - Palavras incompreensíveis	3 - Flexão anormal
5 - Laceração		1 - Sem resposta	2 - Extensão anormal
6 - Luxação			1 - Sem resposta
7 - Fratura fechada			
8 - Fratura exposta			
9 - Amputação			
10 - Evisceração			
11 - Afundamento de crânio			
12 - Ferimento penetrante			
13 - Tórax instável			
14 - Enfisema subcutâneo			
15 - Ferida aspirativa			
16 - Empalamento			
17 - Outros			

AVALIAÇÃO CARDÍACA

[] Ritmo Sinusal [] FV
 [] Taquicardia Sinusal [] TV
 [] Flutter Atrial [] AESP
 [] Fibrilação atrial [] Assístolia

AFECÇÃO CLÍNICA

[] Neurológica [] Metabólica
 [] Respiratória [] Infecçiosa
 [] Cardiovascular []
 [] Digestiva

HISTÓRIA PEGRESSA

[] Diabetes [] Alergias neg.
 [] Cardiopatia [] Outros
 [] HAS
 [] Medicação de uso

GRAVIDADE COMPROVADA

[] Ileso [X] Pequena [] Média [] Severa [] Óbito

Dr. Luiz Fernando Junges

Clínica Geral

RQE: 759 / CRM-RR 1583

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

NTES

[] Cancelamento
 [] Recusa de Atendimento [] Hospitalizado

MEIOS

[X] Polícia Militar
 [] Guarda Municipal

[] Bombeiro
 [] Outros:

PERTINENTE DO PACIENTE	Função do Receptor: _____
	Assinatura do Receptor: _____
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____
	TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____
	TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

GESTANTE							
Idade Gestacional: _____	☐ Movimentos fetais presentes	☐ Partes fetais na vulva					
Perda de líquido: _____	☐ Contrações entre 3-5 min.	☐ Com cartão da gestante					
BCF: _____	☐ Contrações com duração > 30s	☐ Sem cartão da gestante					
PROCEDIMENTOS REALIZADOS							
☐ Aspiração	☐ Máscara laríngea	☐ Monitorização cardíaca	☐ Imobilização de fraturas				
☐ Cânula de Guegel	☐ Guia de Introdução Bougie	☒ Colar cervical	☐ Curativos				
☐ Cateter nasal: _____ L/min	☐ Cricotireostomia cirúrgica	☐ Headblock	☐ Parto vaginal				
☐ Máscara facial: _____ L/min	☒ Oximetria	☒ Prancha longa	☐ Cesárea de emergência				
☐ Bolsa-valva-máscara: _____ L/min	☐ Dreno de tórax	☐ Tirantes	☐ Imobilização de luxação				
☐ Intubação orotraqueal	☐ Descompressão torácica	☐ KED	☐ Outros: _____				
☐ Acesso venoso Gelco n° _____	☐ Acesso venoso Scalp n° _____	☐ Acesso intraósseo					
MEDICAMENTOS PRESCRITOS							
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

Última Fem 25ª, queda de moto encontrada ao solo sem capacete, aparentando ter feito uso de bebida alcoólica, avaliação primária S/A, na secundária apresenta possível fratura em clavícula (D) escoriações múltiplas em mm SS/II, com SSVV preservados, ATW ao MR e encaminhada ao GOS S/A no percurso.

materiais utilizados:
02 pares de luvas P
02 " " " G.
01 atadura 15 cm.



Jaqueline
650.506.

Assinatura e carimbo do profissional

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: 11/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SYGRIDD TALITA DE SOUSA MARTINS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03906

CONTA: 000000008153-7

Nr. da Autenticação 4C7D42AB9E0E07BC