

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
 Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 COAF.

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 TELVIA SANTIAGO GUEDES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 739.248.066, 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

IRLANE DA SILVA CARDOSO inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.079.363, 78

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima IRLANE DA SILVA CARDOSO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.079.363, 78 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

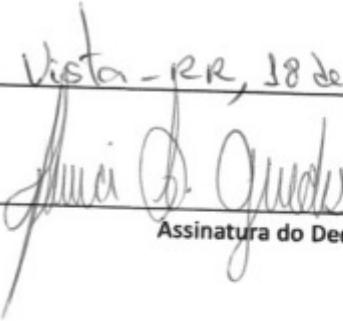
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

Endereço:	<u>AV. BENTO BRASIL</u>		Número:	<u>248</u>	Complemento:
Bairro:	<u>CENTRO</u>	Cidade: <u>BOA VISTA</u>	Estado:	<u>RR</u>	CEP: <u>69.301-050</u>
E-mail:	<u>confiancaest@hotmail.com</u>		Tel.(DDD):	<u>(95)98118-1200</u>	

Local e Data: Boa Vista - RR, 18 de dezembro de 2019


 Assinatura do Declarante

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSF
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul

Reclassificação :
[] Vermelho
[] Laranja
[] Amarelo
[] Verde

- Vermelho
- Laranja
- Amarelo
- Verde

Visit
CVC
ATG

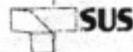
1901164431	21/09/2019 07:31:49	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	2			
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário			
IRLANE DA SILVA CARDOSO		18/05/1992	27 A 4 M 3 D						
Tipo Doc		Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
IDENTIDADE					F	CASADO(A)	PARDA	BOA VISTA - RR	BRASILEIRA
Mãe						Pai		Contato	
ELIENE DA SILVA CARDOSO						SEM INFORMACAO		(95) 99152-8074	Ocupação
Endereço		RUA - IMPERATRIZ - 730 - NOVA CIDADE - BOA VISTA - RR							
Class. de Risco		Plano Convênio	Nº da Carteira		Validade	Autorização		Sis Prenatal	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.		Procedência	Temp.	Poso	Pressão	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA							
Setor		Tipo de Chegada	Procedimento Sol.			Registrado por:			
GRANDE TRAUMA		SAMU CAPITAL				DAL			
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem		GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456							
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : - h)									
Exame Físico		Peso: 60 kg Altura: 1.60 m Tensão arterial: 120/80 mmHg Freqüência cardíaca: 60 bpm Freqüência respiratória: 18 bpm Temperatura: 37.0°C Sintomas: Dor abdominal, náuseas, vômitos Exames complementares: Hb: 12.0 g/dL, Glicose: 90 mg/dL							
Hipótese Diagnóstica		Diagnóstico: Enterite aguda Causa: Infecção bacteriana Sintomas: Diarreia, náuseas, vômitos Exames complementares: Hb: 12.0 g/dL, Glicose: 90 mg/dL							
SADT - Exames Complementares		RAIO-X: <input checked="" type="checkbox"/> ULTRA-SON: <input type="checkbox"/> TC: <input type="checkbox"/> SANGUE: <input type="checkbox"/> URINA: <input type="checkbox"/> ECG: <input type="checkbox"/> OUTROS: _____							
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO				OBSERVAÇÃO			
01 Diagnóstico: Enterite aguda Causa: Infecção bacteriana Sintomas: Diarreia, náuseas, vômitos Exames complementares: Hb: 12.0 g/dL, Glicose: 90 mg/dL		Data: 20/09/2019 Hora: 08:00 Dr. Claudio Lichtenberg Cirurgião Geral CRM-FR 141							
Conduta		Alta por Decisão Médica: <input type="checkbox"/> Ambulatório: <input type="checkbox"/> Alta a Pedido: <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h): <input type="checkbox"/> Alta a Revelia: <input type="checkbox"/> Internação: <input type="checkbox"/> Transferência para: _____ Data e Hora da Saida/Alta: _____							
Óbito									
Antes do 1º Atendimento?		Sim: <input type="checkbox"/>	Não: <input type="checkbox"/>	Destino:	Família: <input type="checkbox"/>	IML Anatomia Patológica: <input type="checkbox"/>	/ / /		

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: dal
Data Hora: 21/09/2019 07:33:09





Sistema
Único de
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Irene da Silva Lando

6 - N° DO PRONTUÁRIO

175240

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

819800420763291812

8 - DATA DE NASCIMENTO

18/05/1992

9 - SEXO

Masc

1

Fem.

3

10 - NOME DA MÃE OU RESponsável

Irene da Silva Lando

11 - TELEFONE DE CONTATO

05911528079

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

R. Imperatriz 730 Nova Rondonia

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

RV

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

68210-000

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Fratura exposta de HZ(E)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A SOLICITAÇÃO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, 9/N
Novo Plantão Tel: (95) 2121-8620
AUTENTICAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

1 NOV 2019

Certifico e anuo re que a presente
cópia é de fato a Réplica do Documento Original

20 - DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura exposta de HZ(E)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Hospitalização de Fratura exposta de HZ(E)

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - PROFISSIONAL SOLICITANTE

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Pablo Espívaro

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

21/09/19

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PRE

M CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO NÃO TÍPICO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () APOSENTADO

() AUTÔNOMO () DESEMPREGADO

() APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

21/09/19

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

21/09/19

48 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

0408050497

5878

V298



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 21/9/19

O.S. 1

Plano de p/cur
lacerado

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

ffo faturu Esport e fNz^o
ffo faturu Esport fNz^o
ffo Olho

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

Pabulo

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

Assinatura Administrativa

menor pais na participação

00 AF

Dr. Moacir Arruda
Cirurgião-Dentista/Transtornologista
CRM-RN 1243 LDE: 550

RELATÓRIO CIRÚRGICO

0. Pct em DDA 66 placa acima
0. oxigen + anti-séps + calor
de campo esteve.
③ Lice faturi e fles faturu
0 lobsas em fno da Estre
em fNz^o p/cur couper di
dous ③ fatur lacerado

0. Ppt

Pabulo Cesar da Cunha
Médico Cirurgião 1019



Irlane da S. Iva. Cardoso.

22a.

21/03/19

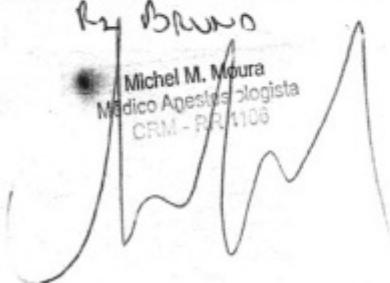
PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº GCA ALGAIA
NEGA HPP.

PENALIZ		50 SEC.			15 30 45			15 30 45			15 30 45			15 30 45										
AGENTES	N 20																							
	02																							
LÍQUIDOS VENOSOS	A U P	M S D C	SF 300																					
DA X	TC 240	90 100 90 100 90 100 90																						
ULSO ●	38	220																						
ANES X	36	200																						
OP O	34	180																						
TEMP	32	160																						
ASPIR. A	30	140																						
RESP O	28	120																						
	26	100																						
	24	80																						
	22	60																						
	20	40																						
Exant.		Peculiaridades: Bradicardia, hipotensão.																						
Assist.																								
Contro																								
SÍMBOLOS																								
AGENTES		DOSES		TÉCNICA																				
A FNT		50 mg		Anestesia Paralítica																				
B Bupi. Hiper. 0,5%		15		C. TENSINA 0,5 mg L-1 h-1 11 mg/kg de Quinal.																				
C																								
D				Ventilando espontaneamente																				
E				O. suplante.																				
F																								
G																								
GLICOSE		LÍQUIDOS		Cápsula - Naso / Oro Faringe Naso / Orotáquial - Cega Bal - Tamp - Calibre do Tuba Sob Máscara Dificuldade Técnica																				
NDCO																								
SANGUE																								
SF 0,9% - 1500 ml																								
TOTAL		500 ml		TEMPO DE ANESTESIA 145h.																				
OPERACAO		TRATAMENTO (redução DF FRACTURA EXPOSTA TORNOZO) (R)		Laringo - Espasmo - Excesso Secre Depressão Respiratória - Hipoxia "Bucking" - Vômito																				
ANESTESIA		Dr Michel		CÓDIGO		CIRURGIO		PATOLO		PERDA SANGUÍNEA Minimum 1500 ml														

By Bruno

Michel M. Moura
Médico Anestesiologista
CRM - RR 1106





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE Mire da Silva econdor		APT OU LEITO GT	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA 21/108/119	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
TT: Cirurgia Ext de TRZ (C) c/ fixador enterrado		INICIO 11:11	FIM 12:30	TEMPO TOTAL	
CIRURGIÃO Dr. Pablo		EQUIPE MÉDICA ANESTESISTA: Dr. Michel RES. ANESTESIA: Dr. G. manuel / Dr. Bruno (Re)			
1º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
2º AUXILIAR		CIRCULANTE Roumunda / Elizangela G			
TIPO DE ANESTESIA: Raquel					
TEMPO DE DURAÇÃO:					
Q	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1000	FRASCOS- SORO FISIOLOGICO 500ml	
<input checked="" type="checkbox"/>	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº 2.0	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS (pct)			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURI Nº 20			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 01ML			SURGICEL	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 03ML		500	EERA P/ OSSO <i>Algodão a 40%</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 05 ML		500	KIT CATARATA- Nº 1 P/ Tópico	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 10ML			GEOFONAM <i>agulha 26 G x 10mm</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA <i>elastika p/02</i>	
			<input checked="" type="checkbox"/>	OUTROS: <i>elásticos</i>	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE Suellen Brika	MATERIAL MEDICAMENTOS	
UNCIÓNARIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	SUB- TOTAL	
		TAXA DE SALA	
		TAXA DE ANESTESIA	
		SOMA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	Especialidade: Ortopedia	Procedimento Realizado: TTO cirúrgico de frat. exp. TM(E) c/ fixador Nº do Prontuário		
Nome do Paciente: Silvana da Silva Lardoso		Data externa 21/09/19		
Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala 03	Circulante de Sala: Eduângela G. Raimunda / Jonathan
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:				

Dados dos materiais/Serviço

MÉDICO CIRUGIÃO: Pedro Henrique GOUVÉA AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR: Fagner

1º VIA- PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2º OPME/CME

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadoio Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Soa Vista - Roraima - Brasil
Fone: (065) 2121-0837
E-mail: hgr@raimail.com

Nome: Adriane da Silveira Pandoso Data de Nasc: 18/05/1992 Idade: 23 Setor/Leito: GT
Termo de Consentimento Cirurgia: Sim Não Termo de Consentimento Anestesia: Sim Não

Data: 24/09/19

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO		INTRA-OPERATÓRIO				SRPA				Sinais Vitais					
Entrada na Sala	Inicio da Anestesia	Inicio da Cirurgia	Termino da Cirurgia	Termino da Anestesia	Anestesia	Cirurgia	SRPA	Horário	T	FC	PA	SPO2	Alivio- TE	DOR 0/10	
11:50	11:05	11:41	12:30	12:43	Localização	Localização									
Cirurgia Realizada		Anestesia		Posicionamento		1. Sonda	0'	—	79	114x57	100	09			
Téc. Cirurgia: <u>Abdome + dorso</u>		Anestesia: <u>GAOF</u>		Posicionamento: <u>Abdome + dorso</u>		2. Curativo	15'	—	73	101x63	400	03			
Reserva de Hemoderivado:		Nome: <u>CH</u>		Antibiototerapia		3. Drieno	30'	—							
1 () Sim <u>2 () Não</u>		Dose: <u>Plasma</u>		Hemoderivados		4. Acesso venoso	45'	—							
Outros:		Hora: <u>01:30 h</u>		Plaquetas:		5. Outros:	2 h	—							
2. Chegou ao Centro Cirúrgico:		Outros:		Análise Patológico:		Observações:									
(1) Deambulando		(1) Agitado ()		(1) Gasometria		(1) Hb () Hemograma () RX									
(1) Consciente		(1) Com Suporte de O2		(1) Outros:		(1) Hb () Hemograma () RX									
(1) TOT		(1) TOT		(1) Outros:		(1) Hb () Hemograma () RX									
3. Sinais Vitais:		T <u>36,5</u> °C		R <u>12</u> bpm		Legenda:		Entrada				Saída			
		FC <u>75</u> bpm		PA <u>120/80</u> mmHg		1. Eletrodos		Horas	Medi- cação	SNG/ Volume	Dreno/Qual	Horas	SVD/Aspecto	Dreno/Qual	Outros
		SAT <u>100</u> %		(1) Regular		2. Oxímetro									
4. Anotações (Admissão do Paciente):		(1) Paciente: <u>Adriane da Silveira Pandoso</u>		(1) PA: <u>120/80</u>		3. Mangúito PA									
		(1) Freq. cardíaca: <u>75 bpm</u>		(1) Regular		4. Placa de Bisturi									
		(1) Freq. respiratória: <u>12</u>		(1) Regular		5. Incisão									
		(1) Freq. arterial: <u>12</u>		(1) Regular		6. Cateter O2									
		(1) Freq. arterial: <u>12</u>		(1) Regular		7. Venoclise									
		(1) Freq. arterial: <u>12</u>		(1) Regular		8. Dreno									
		(1) Freq. arterial: <u>12</u>		(1) Regular		9. SNG/SNE									
		(1) Freq. arterial: <u>12</u>		(1) Regular		10. Garrote									
		(1) Freq. arterial: <u>12</u>		(1) Regular		11. TOT () Não () Sim N° <u>—</u>									
		(1) Freq. arterial: <u>12</u>		(1) Regular		12. SVD () Não () Sim N° <u>—</u>									
13. Outros:		Sinais Vitais: Saída da SO		T <u>36,5</u> °C R <u>12</u> bpm FC <u>75</u> bpm		SAT <u>100</u> %									
Destino: () SRPA () UTI () outros:															

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)

12:43 Paciente admitido una SRPA sem PDI. TTO Unidade de Fratura envolto de TNT + envoltura elástica. Sintomas de desconforto estomacal + vertigem. Necessidade de medicamentos estomacais. Ingestão de alimento com cerveja gelada. Ampla e clara visão. Fria. Inconsciente. Vm. o bloco S (MACA).

ANEXO 3: INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Isaura da Silva Cardoso
RG: 11.000.000-0000-0000
CPF: 000.000.000-00
Data: 01/09/2019
Sexo: Feminino
Endereço: Rua das Flores, 123, Centro, São Paulo, SP, 01234-000
CEP: 01234-000
Município: São Paulo
UF: SP

Antes da incisão

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SILLA DE
OPERAÇÕES

ANEXO 4: LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

Antes da incisão

Antes de o paciente sair da silla de operações

1. ANESTESIA (solo ou em conjunto)

Anestesista: Dr. Michel / Dr. Evangelo (R2)
Assistente: Dr. Burns

PACIENTE: DR. FELIPE MOLI

✓ Identificação

✓ Sítio Cirúrgico

✓ Procedimento

Consenso: () Sim () Não

Risco Cirúrgico

() Aplica () Não se Aplica

Risco IDEM: () Sim () Não () Não se Aplica

Risco IDEM: () Sim () Não () Não se Aplica

Risco IDEM: () Sim () Não () Não se Aplica

Risco IDEM: () Sim () Não () Não se Aplica

Risco IDEM: () Sim () Não () Não se Aplica

Risco IDEM: () Sim () Não () Não se Aplica

Risco IDEM: () Sim () Não () Não se Aplica

Risco IDEM: () Sim () Não () Não se Aplica

Risco IDEM: () Sim () Não () Não se Aplica

Risco IDEM: () Sim () Não () Não se Aplica

Risco IDEM: () Sim () Não () Não se Aplica

Risco IDEM: () Sim () Não () Não se Aplica

Risco IDEM: () Sim () Não () Não se Aplica

Risco IDEM: () Sim () Não () Não se Aplica

Risco IDEM: () Sim () Não () Não se Aplica

Risco IDEM: () Sim () Não () Não se Aplica

Risco IDEM: () Sim () Não () Não se Aplica

Risco IDEM: () Sim () Não () Não se Aplica

Risco IDEM: () Sim () Não () Não se Aplica

Risco IDEM: () Sim () Não () Não se Aplica

Risco IDEM: () Sim () Não () Não se Aplica

Risco IDEM: () Sim () Não () Não se Aplica

Risco IDEM: () Sim () Não () Não se Aplica

Risco IDEM: () Sim () Não () Não se Aplica

Risco IDEM: () Sim () Não () Não se Aplica

Risco IDEM: () Sim () Não () Não se Aplica

Risco IDEM: () Sim () Não () Não se Aplica

Risco IDEM: () Sim () Não () Não se Aplica

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: () Sim () Não

CIRURGIAO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

✓ Identificação do paciente

✓ Sítio cirúrgico

✓ Procedimento

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: () Sim () Não

CIRURGIAO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

✓ Identificação do paciente

✓ Sítio cirúrgico

✓ Procedimento

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: () Sim () Não

CIRURGIAO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

✓ Identificação do paciente

✓ Sítio cirúrgico

✓ Procedimento

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: () Sim () Não

CIRURGIAO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

✓ Identificação do paciente

✓ Sítio cirúrgico

✓ Procedimento

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: () Sim () Não

CIRURGIAO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

✓ Identificação do paciente

✓ Sítio cirúrgico

✓ Procedimento

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: () Sim () Não

CIRURGIAO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

✓ Identificação do paciente

✓ Sítio cirúrgico

✓ Procedimento

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: () Sim () Não

CIRURGIAO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

✓ Identificação do paciente

✓ Sítio cirúrgico

✓ Procedimento

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: () Sim () Não

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OUDA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

✓ O NOME DO PROCEDIMENTO

✓ REGISTRADO

✓ Sim () Não

1. SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS

✓ Sim () Não () Não se Aplica

2. COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)

✓ Sim () Não () Não se Aplica

3. SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

✓ Sim () Não

✓ O CIRURGIAO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

✓ Sim () Não () Não se Aplica

Assinatura: Dr. S. Romos
Data: 09/09/2019

Assinatura: Assinatura e Carimbo

Macapá 7
MACA 04-04-2011

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				HGR		
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				HGR		
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				HGR		
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN				
PACIENTE	<i>Palape de Macapá Capix</i>					
AGNOSTO	<i>Ho. Antônio Soárez de Macapá</i>					
ALERGIAS	neg.	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	Macapá	DATA		21/09/19	
ITEM	PREScriÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					5h
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					8h
3	SF 0,9% 500ML EV 5h					10h
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H					12h
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIÁ					16h
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA					24h
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4					24h
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8h					24h
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H 5h					24h
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 8/6H					24h
11	CIPRÔFLOXACINO 500MG EV OU 500MG VO 12/12H					24h
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 150 E OU PAD > 110 MMHG					24h
13	SSVV + CCGG 6/6 H					24h
14	CURATIVO DIÁRIO					24h
15	<i>Palape de Macapá 8h</i>					16h
16	<i>gantamox 240g</i>					16h
17	<i>1x0 da</i>					16h
18						
19						
20						
21						

SE DIÁTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
200-250: 7U; 251-300: 4U; 301-350: 6U; 351-400: 8U; > 400: 10U E OU GLICOSE ≤ 70
DURANTE GLICOSE 50% 40 ML EV + AVIAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, RESPIRATÓRIO, CONTACTUANTE

EXAMEN FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANÓTICO, AFEBRIL, EUPNEICO,

NOVAMENTE DEITADO, HIDRATADO.

SORTEADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS				
6h	PA	FC	FR	
12h				
13h				
24h				

MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Edvaldo Esteves
Residente CRM 19056

13:50.

24-PA 140X85
FC 90

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F					
Bloco:	Data:	Enfermaria:	Leito:		
Nome Completo:			DN:	/	Sexo: () F () M
Hipótese Diagnóstica:					
Isolamento ou Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Goticula - aerosol () Goticula - perdigotos					
Alergia: () Sim () Não		Qual (is):			
Necessidade de Intérprete? () Sim () Não		Qual idioma:			
Possui acompanhante: () Sim () Não		Obs:			
Deambulação: () Normal () Sem deambulação () Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante					
SISTEMA NEURÓLOGO			SISTEMA CARDIOVASCULAR		
() Consciente	() Orientado	() Desorientado	() Normocárdico	() Bradicárdico	() Taquicárdico BC: _____
() Sedado	() Torposo	() Comatoso	() Normoteno	() Hipoteno	() Hipertenso PA: _____
() Agitado	() Reage a estímulos	() Não reage	() Pulso Cheio	() Fíliforme	() Arrítmico Pulso: _____
PUPILAS			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL		
() Fotorreagente	() Míoticas	() Midriáctica	() VO () SNG/SOG	() SNE/SOE	() GTT () NPT
() Isocônicas	() Anisocônicas	() Não reagentes	Acetaliação da dieta: () Sim () Não () Parcial		
REGULAÇÃO TÉRMICA			Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia		
() Afebril	() Hipotérmico	() Hipertérmico	() Normal () Diarreia	() Constipação	() Melena
() Febril	() Febre	() Pirexia	Flatos: () Presente () Ausente		
CARACTERÍSTICAS DA PELE			REGULAÇÃO ABDOMINAL		
() Hidratada	() Desidratada	() Ressecada	() Normoteno	() Distendido	() Globoso () Flácido
() Normocorada	() Hipocorada	() Hipercorada	() Ascítico	() Maciço	() Timpânico
() Anictérica	() Ictérica	() Cianótica	Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente		
() Acianótica	() Edema Local: _____		Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não		
SISTEMA URINÁRIO / DIURESE					
Úlcera por pressão: () Sim () Não			() Espontânea	() SVD	() Anúria () Oligúria
Região: _____			() Poliúria	() Disúria	() Colúria () Hematúria
Curativo realizado: () Sim () Não		FO: () SIM () NÃO	() Cistostomia	() Irrigação contínua () Uropen	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					
() Eupneico	() Bradipneico	() Taquipneico	() Dispneico	() Ar ambiente	() Traqueostomia
Oxigenoterapia	() Sim () Não	Qual: _____			
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES					
Cateter Periférico: () Sim () Não	Local: _____		Data: _____		Trocárem: _____
Cateter Central: () Sim () Não	Local: _____		Curativo realizado em: _____		Trocárem: _____
Sinais de Infecção no sítio da punção:					
Sondas: () Sim () Não () SNG	() Sim () Não				
Dreno de: _____	() SOG () SNE () SOE () GTT		() Lavagem () Sifonagem		Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____
Cateter Vesical: () Sim () Não	Data da Instalação: _____		Trocárem: _____		
Prótese: () Sim () Não	Tipo: _____		Local: _____		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM					
() Deglutição Prejudicada	() Padrão respiratório ineficaz		() Risco de Lesão por Pressão		
() Risco de infecção	() Ventilação espontânea prejudicada		() Risco de Quedas		
() Risco de nutrição desequilibrada	() Mobilidade física prejudicada		() Risco de Broncoaspiração		
() Risco de glicemia instável	() Risco de integridade da pele prejudicada		() Eliminação urinária prejudicada		
() Risco de desequilíbrio do volume	() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal		() Risco de constipação		
() Volume de líquidos excessivo	() Padrão de sono prejudicado		() Comunicação deficiente		
() Volume de líquidos deficiente	() Déficit no autocuidado para Higiene				
Escala de Morse					
1. Histórico de Queda		4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado			
Não	0	Não		0	
Sim	25	Sim		20	
2. Diagnóstico Secundário		5. Marcha/Deambulação			
Não	0	Normal/Sem deambulação/Acamado		0	
Sim	15	Fraca		10	
3. Auxílio na Deambulação		Comprometida/Cambaleante 20			
Nenhum/Acamado/Auxiliado	0	6. Estado Mental			
Muleta/Bengala/Andador	15	Orientado/limitado/conhece as limitações		0	
Mobilíbrio Parede	30	Superestima capacidade/Esquece limitação		15	
TOTAL:	Risco Baixo: 0 - 24	Risco Médio: 25 - 44	Risco Alto: maior que 45		
Prescrição para prevenção de queda no verso					

Maca 7

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	21/09/2019	DN	18/05/1992
PACIENTE	IRLANE DA SILVA CARDOSO				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO ESQ				
ALERGIAS					
IDADE	27	HAS	DM2		
ÍTEM	LEITO	MACA 7	DATA	22/09/2019	
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	AVP				SND
3	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H				Manten.
4	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (D122/09)				12-18-24-06
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N				10
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				SN 01-00
7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N				06 NT
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				SN
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
11	CURATIVO DIÁRIO				SN
12	SSVV + CCGG 6/6H				Notiner notiner
13					
14					
15					
16					
<u>SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; \geq 400: 10 UI E OU GLICOSE \leq 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO,
 REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM
 ALTERAÇÕES

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

#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
 CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITais				Dr. Odinachukwemiri Médico CRM/RR 1851
6 H	PA	FC	FR	
12 H	127/87	88	17	37°C
17 18 H	127/87	88	18	36.5°C
24 H	136x71	82	18	
06 H.	115x72	79	-	36 °C

Maca 7



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F

maca 7

Bloco:		Data: 22/09/15	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo: <i>Neane da Silveira Cardoso</i>		Sexo: () F () M		
Hipótese Diagnóstica:				
Isolamento ou Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerosol () Gotícula - perdigotos				
Alergia: () Sim () Não Qual (s):				
Necessidade de Intérprete? () Sim () Não Qual idioma:				
Possui acompanhante: () Sim () Não Obs:				
Deambulação: () Normal () Sem deambulação () Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante				
SISTEMA NEUROLOGO			SISTEMA CARDIOVASCULAR	
<input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Bradicárdico () Taquicárdico BC: _____
<input type="checkbox"/> Sedado	<input type="checkbox"/> Torpido	<input type="checkbox"/> Comatoso	<input type="checkbox"/> Normotenso	<input type="checkbox"/> Hipotensão () Hipertenso PA: _____
<input type="checkbox"/> Agitado	<input type="checkbox"/> Reage a estímulos	<input type="checkbox"/> Não reage	<input type="checkbox"/> Pulso Cheio	<input type="checkbox"/> Fisiiforme () Arritmico Pulso: _____
PUPILAS			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL	
<input type="checkbox"/> Fotorreagente	<input type="checkbox"/> Midóticas	<input type="checkbox"/> Midriáctica	<input type="checkbox"/> VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT () NPT	
<input type="checkbox"/> Isocônicas	<input type="checkbox"/> Anisocônicas	<input type="checkbox"/> Não reagentes	Acetilação da dieta: () Sim () Não () Parcial	
REGULAÇÃO TÉRMICA			Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia	
<input type="checkbox"/> Afebril	<input type="checkbox"/> Hipotérmico	<input type="checkbox"/> Hipertérmico	<input type="checkbox"/> Normal () Diarreia () Constipação () Melena	
<input type="checkbox"/> Febril	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Pirexia	Flatus: () Presente () Ausente	
CARACTERÍSTICAS DA PELE			REGULAÇÃO ABDOMINAL	
<input type="checkbox"/> Hidratada	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Ressecada	<input type="checkbox"/> Normotenso () Distendido () Globoso () Flácido	
<input type="checkbox"/> Normocorada	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Hipercorada	<input type="checkbox"/> Ascítico () Maciço () Timpânico	
<input type="checkbox"/> Anictérica	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Clanótica	Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente	
<input type="checkbox"/> Aclanótica	<input type="checkbox"/> Edema Local: _____		Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não	
Úlcera por pressão: () Sim () Não			SISTEMA URINÁRIO / DIURESE	
Região: _____			<input type="checkbox"/> Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria	
Curativo realizado: () Sim () Não FO: () SIM () NÃO			<input type="checkbox"/> Poliúria () Disúria () Colúria () Hematuria	
() Cistostomia () Irrigação contínua () Uropênia				
SISTEMA RESPIRATÓRIO				
<input type="checkbox"/> Eupneico	<input type="checkbox"/> Bradipneico	<input type="checkbox"/> Taquipneico	<input type="checkbox"/> Ar ambiente () Traqueostomia	
<input type="checkbox"/> Oxigenoterapia	<input type="checkbox"/> Sim () Não	Qual: _____		
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES				
Cateter Periférico: () Sim () Não		Local: _____	Data: _____	Trocárem: _____
Cateter Central: () Sim () Não		Local: _____	Curativo realizado em: _____	Trocárem: _____
Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não				
Sondas: () Sim () Não () SNG		() SOG () SNE () SOE () GTT	() Lavagem () Sifonagem	
Dreno de: _____				
Cateter Vesical: () Sim () Não		Aspecto da secreção: _____	Quantidade: _____	
Prótese: () Sim () Não		Data da Instalação: _____	Trocárem: _____	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM				
<input type="checkbox"/> Deglutição Prejudicada		<input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz	<input type="checkbox"/> Risco de Lesão por Pressão	
<input type="checkbox"/> Risco de infecção		<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de Quedas	
<input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada		<input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração	
<input type="checkbox"/> Risco de glicemias instável		<input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada	
<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume		<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	<input type="checkbox"/> Risco de constipação	
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo		<input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado	<input type="checkbox"/> Comunicação deficiente	
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente		<input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para Higiene		
Escala de Morse				
1. Histórico de Queda		4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado		
Não 0		Não 0		
Sim 25		Sim 20		
2. Diagnóstico Secundário		5. Marcha/Deambulação		
Não 0		Normal/Sem deambulação/Acamado 0		
Sim 15		Fraca 10		
3. Auxílio na Deambulação		Comprometida/Cambaleante 20		
Nenhum/Acamado/Auxiliado 0		6. Estado Mental		
Muleta/Bengala/Andador 15		Orientado/Ilimitado/conhece as limitações 0		
Mobilário Parede 30		Superestima capacidade/Esquece limitação 15		
TOTAL: Risco Baixo: 0 - 24		Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior que 45		
Prescrição para prevenção de queda no verso				



GOVERNO DE
RORAIMA
Hospital Geral de
Roraima

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

HGR
Hospital Geral
de Roraima

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE IRLANE DA SILVA CARDOSO

AGNÓSTICO FX EXPOSTA TNZ E

ALERGIAS

HAS

DM2

IDADE 27

LEITO

MACA 7

DATA

23/09/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1 DIETA LIVRE

500

2 AVP

Mantida

4 PLASIL 10MG EV 8/8H S/N

5 TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H

6 DIPIRONA 1G EV DE 6/6H

7 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

8 SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

9 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O

10 CURATIVO DIÁRIO

7m

11 SSVV + CCGG 6/6 H

58,1

12 CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H

12/10/2019

13 GENTAMICINA 240MG EV 1X AO DIA (D1 22/09)

10

14

15 RX CONTROLE

16

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO,
COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL,
EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUTA: MANTIDA

55VV 06/0
PA 100/60
FC 87
T 36,1

SINAIS VITAIS				Tensão
6 H	PA	FC	FR	
12 H	124/78	82 bpm	19 mmHg	35/90
1718 H	129/88	90 bpm	20 mmHg	36/90
24 H	100/70	74		36,4

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM RR 566

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F

Bloco:	Data:	Enfermaria:	Leito:	MARCA - 07
Nome Completo:	IRIZANE DA SILVA CARDOZO			
Hipótese Diagnóstica:				
Isolamento ou Precaução: () Sim () Não	() Padrão () Contato () Gotícula - aerosol () Gotícula - perdigotos			
Alergia: () Sim () Não	Qual (s):			
Necessidade de Intérprete? () Sim () Não	Qual idioma:			
Possui acompanhante: () Sim () Não	Obs:			
Deambulação: () Normal () Sem deambulação () Acamado	() Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante			
SISTEMA NEUROLOGICO				
() Consciente () Orientado () Desorientado	() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico BC: _____			
() Sedado () Torposo () Comatoso	() Normotenso () Hipotensão () Hipertenso PA: _____			
() Agitado () Reage a estímulos () Não reage	() P脉o Cheio () Filiforme () Arritmico Pulo: _____			
SISTEMA CARDIOVASCULAR				
PUPILAS				
() Fotorreagente () Midóticas () Midriática	() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT () NPT			
() Isocônicas () Anisocônicas () Não reagentes	Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial			
REGULAÇÃO TÉRMICA				
() Afebril () Hipotérmico () Hipertérmico	Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia			
() Febril () Febre () Pirexia	() Normal () Diarreia () Constipação () Melena			
() Hiperpirexia	Flatos: () Presente () Ausente			
ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL				
CARACTERÍSTICAS DA PELE				
() Hidratada () Desidratada () Ressecada	() Normotenso () Distendido () Globoso () Flácido			
() Normocorada () Hipocorada () Hipercorada	() Ascítico () Maciço () Timpânico			
() Anictérica () Ictérica () Cianótica	Ruidos Hidroáreos: () Presente () Ausente			
() Aclanótica () Edema Local: _____	Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não			
Úlcera por pressão: () Sim () Não	REGULAÇÃO ABDOMINAL			
Região: _____	() Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria			
Curativo realizado: () Sim () Não FO: () SIM () NÃO	() Poliúria () Disúria () Colúria () Hematúria			
Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual: _____	() Cistostomia () Irrigação contínua () Uropen			
SISTEMA URINÁRIO / DIURESE				
SISTEMA RESPIRATÓRIO				
Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____	Trocárem: _____			
Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____	Trocárem: _____			
Sinais de Infecção no sítio da punção:	() Sim () Não			
Sondas: () Sim () Não () SNG	() SOG () SNE () SOE () GTT () Lavagem () Sifonagem			
Dreno de: _____	Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____			
Cateter Vesical: () Sim () Não	Data da instalação: _____ Trocar em: _____			
Prótese: () Sim () Não	Tipo: _____ Local: _____			
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM				
() Deglutição Prejudicada	() Padrão respiratório ineficaz	() Risco de Lesão por Pressão		
() Risco de infecção	() Ventilação espontânea prejudicada	() Risco de Quedas		
() Risco de nutrição desequilibrada	() Mobilidade física prejudicada	() Risco de Broncoaspiração		
() Risco de glicemia instável	() Risco de integridade da pele prejudicada	() Eliminação urinária prejudicada		
() Risco de desequilíbrio do volume	() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	() Risco de constipação		
() Volume de líquidos excessivo	() Padrão de sono prejudicado	() Comunicação deficiente		
() Volume de líquidos deficiente	() Déficit no autocuidado para Higiene			
Escala de Morse				
1. Histórico de Queda	4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado			
Não	0	Não	0	
Sim	25	Sim	20	
2. Diagnóstico Secundário	5. Marcha/Deambulação			
Não	0	Normal/Sem deambulação/Acamado	0	
Sim	15	Fraca	10	
3. Auxílio na Deambulação	Comprometida/Cambaleante	20		
Nenhum/Acamado/Auxiliado	6. Estado Mental			
Muleta/Bengala/Andador	15 Orientado/limitado/conhece as limitações	0		
Mobilário Parede	30 Superestima capacidade/Esquece limitação	15		
TOTAL: _____	Risco Baixo: 0 - 24	Risco Médio: 25 - 44	Risco Alto: maior que 45	Prescrição para prevenção de queda no verso

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



 <p>HGR Hospital Regional de Guaporé</p>	
Núcleo de Enfermagem em	Protocolo n° 1
Tratamento de Feridas –	Versão:08
HGR	Elaborada: 02/2013
Paciente:	Atualizada: 12/2018
Leito:	Data: 23/09/19



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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

HGR
Hospital Geral
de Roraima

DATA DE ADMISSÃO

DIH

21/09/2019

DN

18/05/1992

PACIENTE IRLANE DA SILVA CARDOSO

DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO ESQ

ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	27	LEITO	408-2	DATA
ÍTEM				24/09/2019
1	DIETA ORAL LIVRE			HORÁRIO
2	AVP			500
3	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H			1000
4	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (D122/09)			1000
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N			1000
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA			1000
7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N			1000
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II			1000
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			1000
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			1000
11	CURATIVO DIÁRIO			1000
12	SSVV + CCGG 6/6H			1000
13				1000
14				1000
15				1000
16				1000
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; \geq 400: 10 UI E OU GLICOSE \leq 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO,
REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM
ALTERAÇÕES

:IL,

EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO,
AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO
CONDUTA; MANTIDA

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	
12 H	121/89	92	16	35.8°
18 H	121/83	93	17	35.2
24 H				

Dr. Odilson Oken
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1851/PR



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F

Bloco:	Data:	Enfermaria:	Leito:	
Nome Completo:			DN: / /	Sexo: () F () M
Hipótese Diagnóstica:				
Isolamento ou Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos				
Alergia: () Sim () Não Qual (is):				
Necessidade de Intérprete? () Sim () Não Qual idioma:				
Possui acompanhante: () Sim () Não Obs:				
Deambulação: () Normal () Sem deambulação () Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante				
SISTEMA NEUROLOGO				
() Consciente () Orientado () Desorientado	() Sedado () Torposo () Comatoso	() Agitado () Reage a estímulos () Não reage	SISTEMA CARDIOVASCULAR	
() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico BC: _____	() Normotenso () Hipotenso () Hipertenso PA: _____	() Pulso Cheio () Fíliforme () Arrítmico Pulo: _____		
PUPILAS				
() Fotorreageente () Míoticas () Midriáctica	() Isocônicas () Anisocônicas () Não reageentes	ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL		
() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT () NPT	Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial			
() Afebril () Hipotérmico () Hipertérmico	() Febril () Febre () Pirexia	Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia		
() Hiperpirexia		() Normal () Diarreia () Constipação () Melena		
REGULAÇÃO TÉRMICA				
() Normotenso () Distendido () Globoso () Flácido	() Ascítico () Maciço () Timpânico	REGULAÇÃO ABDOMINAL		
() Ruidos Hidroáreos: () Presente () Ausente	() Cianótica	Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não		
() Edema Local: _____			SISTEMA URINÁRIO / DIURESE	
Úlcera por pressão: () Sim () Não		() Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria		
Região: _____		() Poliúria () Disúria () Colúria () Hematuria		
Curativo realizado: () Sim () Não FO: () SIM () NÃO		() Cistostomia () Irrigação contínua () Uropen		
SISTEMA RESPIRATÓRIO				
() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico	Oxigenoterapia () Sim () Não Qual:	() Ar ambiente () Traqueostomia		
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES				
Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____			Trocar em: _____	
Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____			Trocar em: _____	
Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não				
Sondas: () Sim () Não () SNG	() SOG () SNE () SOE () GTT	() Lavagem () Sifonagem		
Dreno de: _____	Aspecto da secreção: _____	Quantidade: _____		
Cateter Vesical: () Sim () Não	Data da Instalação: _____	Trocarn em: _____		
Prótese: () Sim () Não	Tipo: _____	Local: _____		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM				
() Deglutição Prejudicada () Padrão respiratório ineficaz	() Risco de infecção () Ventilação espontânea prejudicada	() Risco de Lesão por Pressão () Risco de Quedas		
() Risco de nutrição desequilibrada () Mobilidade física prejudicada	() Risco de integridade da pele prejudicada	() Risco de Broncoaspiração () Eliminação urinária prejudicada		
() Risco de glicemia instável () Risco de desequilíbrio do volume	() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal () Padrão de sono prejudicado	() Risco de constipação () Comunicação deficiente		
() Volume de líquidos excessivo () Volume de líquidos deficiente	() Déficit no autocuidado para Higiene			
Escala de Morse				
1. Histórico de Queda		4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado		
Não	0	Não	0	
Sim	25	Sim	20	
2. Diagnóstico Secundário		5. Marcha/Deambulação		
Não	0	Normal/Sem deambulação/Acamado	0	
Sim	15	Fraca	10	
3. Auxílio na Deambulação		Comprometida/Cambaleante		
Nenhum/Acamado/Auxiliado	0		20	
Muleta/Bengala/Andador	15	Orientado/limitado/conhece as limitações	0	
Mobiliário Parede	30	Superestima capacidade/Esquece limitação	15	
TOTAL: _____	Risco Baixo: 0 - 24	Risco Médio: 25 - 44	Risco Alto: maior que 45	
Prescrição para prevenção de queda no verso				

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –

HGR

Paciente: Milony da Silva Lopes
Leito: 408.2

Data: 24/09/2019

Protocolo nº 1

Versão:08

Elaborada: 02/2013 Atualizada: 12/2018

Localização	Região:	Localização	Região:
() LPP I II III IV ?* () Trauma : <u>— Tração —</u> Fixador Externo () Outro:	Grau: I () II ()	() LPP I II III IV ?* () Trauma : <u>— Tração —</u> Fixador Externo () Outro:	Grau: I () II ()
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros
Pele Perilesional	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco
Solução de Limpeza	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:
Troca	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	<u>Renata Sá Rodrigues</u> CORNR 41522-4E	<u>Larissa Alves Mota</u> Técnica de Enfermagem CORNR 1247428-16	<u>Renata Sá Rodrigues</u> Técnica de Enfermagem CORNR 1247428-16
Observações:	<p><u>Curativo substitutivo no procedimento</u> <u>me mude, apos.</u></p>		



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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

HGRR
Hospital Geral de Roraima

DATA DE ADMISSÃO		DIH	21/09/2019	DN	18/05/1992
PACIENTE	IRLANE DA SILVA CARDOSO				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO ESQ				
ALERGIAS		HAS	DM2		
IDADE	27	LEITO	408-2	DATA	25/09/2019
ÍTEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				500
2	AVP				100
3	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H				100
4	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (D122/09)				100
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N				11:15
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				100
7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N				100
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				100
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				100
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				100
11	CURATIVO DIÁRIO				100
12	SSVV + CCGG 6/6H				100
13					100
14					100
15					100
16	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				100
					100
	100				
	100				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO,
REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM

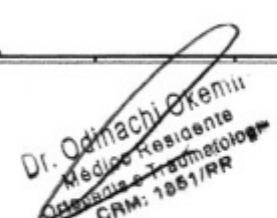
ALTERAÇÕES

:IL,

EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO,
AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO

CONDUTA; MANTIDA

SINAIS VITAIS				 Dr. Odilachi Okemii Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM: 1851/RR
6 H	PA	FC	FR	
12 H	130/80	88	17	36.2
16 H	132/80	84	17	36 °C
24 H	130/74	97	-	36 °C

06 Hs. 130x80 94 - 35.6 °C



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F

Data: _____ / _____ / 20

Enfermaria:

Leito:

Nome Completo:

DN: _____ / _____

Hipótese Diagnóstica:

Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Goticula - aerossol () Goticula - perdigotos

Alergia: () Sim () Não Qual (is): Sexo: () F () M

Paciente Indígena: () Não () Sim Necessidade de Intérprete? () Sim () Não Qual Idioma:

Possui acompanhante: () Sim () Não Obs:

Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida:

SISTEMA NEUROLOGO

() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações:

PUPILAS

() Fotorreagente () Mióticas () Midriática () Afebril () Febril () Hipertérmico

() Isocôricas () Anisocôricas () Não reagentes () Alterações:

SISTEMA RESPIRATÓRIO

() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração

Oxigenoterapia () Sim () Não Qual:

SISTEMA CARDIOVASCULAR

() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico () Normotenso () Distendido () Globoso

() Pulso Cheio () Filiforme () Arrítmico () Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente

Exame Físico: Bulhas Cardíacas: Pulso: Alterações:

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

() Espontânea () SVD () Fraida () Uropênia () VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT

() Anúria () Oligúria () Cistostomia Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial

() Irrigação contínua () Outros: Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia

CARACTERÍSTICAS DA PELE

() Hidratada () Desidratada () Ressecada Alterações:

() Normocorada () Ictérica () Anictérica Flatos: () Presente () Ausente

Lesão por pressão: () Sim () Não Região: () Edema Local: () Ausente

Risco de Lesão Sinalizado:

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____

Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____

Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não

Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____

Curativos: () Sim () Não Local: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

- | | | |
|--------------------------------------|--|-------------------------------------|
| () Deglutição Prejudicada | () Padrão respiratório ineficaz | () Risco de Lesão por Pressão |
| () Risco de infecção | () Ventilação espontânea prejudicada | () Risco de Quedas |
| () Risco de nutrição desequilibrada | () Mobilidade física prejudicada | () Risco de Broncoaspiração |
| () Risco de glicemia instável | () Risco de integridade da pele prejudicada | () Eliminação urinária prejudicada |
| () Risco de desequilíbrio do volume | () Risco de desequilíbrio na temperatura corporal | () Risco de constipação |
| () Volume de líquidos excessivo | () Padrão de sono prejudicado | () Comunicação deficiente |
| () Volume de líquidos deficiente | () Déficit no autocuidado para Higiene | |

Escala de Morse

Prescrição de Cuidado Prev Quedas

1. Histórico de Queda 6. Estado Mental () Manter grades laterais elevadas

Não 0 Orientado/limitado/conhece as limitações 0 () Identificar o risco de queda na placa de identificação

Sim 25 Superestima capacidade/Esquece limitação 15 () Auxiliar o paciente na higiene

2. Diagnóstico Secundário TOTAL: () Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama

Não 0 Risco Baixo: 0 - 24 () Manter cama com rodas travadas

Sim 15 Risco Médio: 25 - 44 () Necessidade de contenção ao leito

3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado Risco Alto: Maior que 45 () Manter vigilância de _____ / _____ horas.

Não 0 Sinalização do Risco: () Calçado seguro nos pés

Sim 20 () Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem () Material de uso pessoal ao alcance da mão

4. Auxílio na Deambulação () Risco registrado na placa de identificação leito

Nenhum/Acamado/Auxiliado 0 Registro Geral:

Muleta/Bengala/Andador 15

Mobilário Parede 30

5. Marcha/Deambulação

Normal/Sem deambulação/Acamado 0 Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

Fraca 10

Comprometida/Cambaleante 20

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas –

HGR

Paciente: Jirlane da Silva Lando | Data: 25/09/119

Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
Leito: <u>H08-2</u>			

Localização		Região: <u>M S D</u>		Região:
Etiologia	<p>() LPP I II III IV?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular</p> <p>(\leftarrow) Trauma: <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> () ortopedia</p> <p>() Outro:</p>	<p>() LPP I II III IV?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular</p> <p>() Trauma: <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> () ortopedia</p> <p>() Outro:</p>	<p>() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização</p> <p>() Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros</p>	<p>() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização</p> <p>() Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros</p>
Aparência do Leito	<p>(\leftarrow) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor</p> <p>() Outro:</p>	<p>() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor</p> <p>() Outro:</p>	<p>() Purulento (\leftarrow) Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco</p> <p>() Outro:</p>	<p>() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco</p> <p>() Outro:</p>
Pele Perilesional				
Tipo de Exsudato	<p>() Molhado (\leftarrow) Úmido () Seco</p>	<p>() Molhado () Úmido () Seco</p>		
Quantidade de Exsudato				
Solução de Limpeza	<p>(\leftarrow) Soro Fisiológico 0,9% (\leftarrow) Clorexidina 2% () Álcool 70%</p>	<p>() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%</p>		
Cobertura primária	<p>() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel</p> <p>() Outro:</p>	<p>() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel</p> <p>() Outro:</p>		
Troca	<p>() 12/12h (\leftarrow) Diário () 48/48h</p>	<p>() 12/12 () Diário () 48/48h</p>		
Profissional que realizou procedimento:	<p><i>Rogério Miguel Delgado</i> - COREN-RR 623.103</p>	<p><i>Dirc Paim</i> - COREN-RR 137.031.16</p>		
Observações:				

Evolução do Curativo



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Protocolo nº 1
Versão:08
Elaborada: 02/2013
Atualizada: 12/2018
Paciente: Inlane da Silva Cardoso
Leito: 408-2
Data: 25/09/2019

Localização		Região: M T E		Região: M S E	
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Tração () Outro: <input checked="" type="checkbox"/> <i>Ver</i>	Grau: I () II (✓)	() LPP I II III IV ?* () Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Tração () Outro: <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo () Ortopedia	Grau: I () II (X)	
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Queimadura () DM () Vascular () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outro:	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outro:	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor	
Pele Perilesional	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	
Solução de Limpeza	() Gaze () Gaze Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Gaze () Gaze Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Gaze () Gaze Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Gaze () Gaze Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	
Cobertura primária	() Outro: <input checked="" type="checkbox"/> <i>Gaze</i>	() Sulfadiazina de Prata () Hidrogel	() Sulfadiazina de Prata () Hidrogel	() Sulfadiazina de Prata () Hidrogel	
Trocá	() 12/12 () Diálogo () 48/48h	() 12/12 () Diálogo () 48/48h	() 12/12 () Diálogo () 48/48h	() 12/12 () Diálogo () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	<i>Rebeca da Silva Reis Ribeiro</i> Referência: <i>Rebeca da Silva Reis Ribeiro</i> Data: <i>25/09/2019</i> Referência: <i>Rebeca da Silva Reis Ribeiro</i> Data: <i>25/09/2019</i>				
Observações:					

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



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE	IRLANE DA SILVA CARDOSO			
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO E (Pijob)			
ALERGIAS	HAS		DM2	
IDADE	LEITO	408-2	DATA	26/09/2019
ITEM				HORÁRIO
1	DIETA LIVRE			
2	AVP			
3	CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6			
4	TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N			
5	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H			
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA			
7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N			
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN			
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
11	SSVV + CCGG 6/6H			
12				
13				
14				
15				
16				
<u>SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; \geq 400: 10 UI E OU GLICOSE \leq 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, /O,

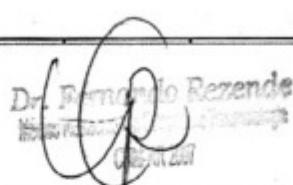
ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO,
ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

CONDUTA; MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H				
24 H				



Dr. Fernando Rezende
Médico de Ortopedia e Traumatologia
UFRR



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Juliano de Souza Góes, 71 ANOS,

DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 21/09/14, COM
DIAGNÓSTICO DE Fratura exposta do Tângulo (E)

NO DIA 21/09/14, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
h. NC + Coluna e Fixador Esterno SENDO
OPERADO PELO DR. Douglas E DR.

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 26/09/14, ÀS 12:00, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 06/10/14, ÀS 10:00, COM O
DR. Douglas

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.

Dr. Fernando Rezende
Médico

BOA VISTA, 26/09/14

MÉDICO





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição

057.079.363-78

Nome

IRLANE DA SILVA CARDOSO

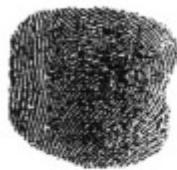
Nascimento
18/06/1992



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODEJO CRUZ



Polegar Direito



ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Edital 0001, 2014

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

VALIDADE
10 ANOS

30/01/2017

REGISTRO
GERAL

524555-9

NOME

TELVIA SANTIAGO GUEDES

RESIDÊNCIA

EDMILSON JOSÉ SANTIAGO

TEREZINHA SILVA SANTIAGO

NATURALIDADE

SANTARÉM - PA

DOC. ORIGEM

CERTO CAS 353 FLS 153 LIV B 02

SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA - AM

CPF

739.248.066-91 AMADEU ROCHA TRIANI

Porto Pequeno - São Paulo - SP
Diretor da SDC

1 VIA

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

P 1

Consulta de Veículos na Base Local

Consulta Local por Placa: NAM1803

Situação: 1-EM CIRCULACAO

DADOS DO VEICULO

Placa: NAM1803 Chassi: 9C2KC1670BR525475 Renavam: 00308601564 Remarcado(S/N): N
 Município: 00301-BOA VISTA Marca/Mod: 002855-HONDA/CG 150 FAN ESI
 Procedência: 1 - NACIONAL Tipo: 04-MOTOCICLETA Espécie: 01-PASSAGEIRO
 Categoria: 01-PARTICULAR - Combustível: 16-ALCO/GASOL Ano Mod/Fab: 2011 / 2011
 Cor: 11-PRETA Cap Passag: 002 Potência: 000 Cilindradas: 0149
 Carroceria: 999-NAO APLIC. Nº Motor: KC16E7B525475 Nº Câmbio:
 Faixa Seguro: 09 Deficiente Físico:
 Roubo Furto: N Data da Última Atualização: 17/06/2014 Taxi: NAO
 Ano Último CRLV Emitido: 2019 Ano Último Licenciamento: 2019 - Autorizado em 31/05/2019
 Observações: PROIB SAIR DA AMAZ OCID
 Ind. Restrição: 9997 - SEM RESERVA DE DOMINIO
 Número do Lacre: 0017008832RR
 Número de autorização:

DADOS DO PROPRIETÁRIO

Nome: LUCILENE SILVA SA CPF/CNPJ: 709.178.762-53
 Endereço: RUA SALVADOR Nº: 624 Bairro: NOVA CIDADE
 Complemento: CASA Cidade: BOA VISTA Cep: 69316334
 Data Aquisição 0km: 23/03/2011 Valor 0km: 7055,00
 Data Transferência: 23/03/2011 Valor: 7055,00 Nº Doc. Aquisição: 11219

PROPRIETÁRIO ANTERIOR

Nome: RORAIMA MOTORES LTDA CPF/CNPJ: 04.050.068/0003-06
 Endereço Anterior: BOA VISTA UF: RR

DADOS DA DOCUMENTAÇÃO

Data CRV: 13/02/2015 Nº CRV: ***** Data CRLV: 31/05/2019 Nº CRLV: 013975612400
 RESTRIÇÕES

07-BENEFÍCIO TRIBUTÁRIO

Observações: PROIB SAIR DA AMAZ OCID Nº Restrição: 45441789000154
 Data Limite Rest Tributária: // Doc. Restrição Tributária:

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0468479/19

Vítima: IRLANE DA SILVA CARDOSO

CPF: 057.079.363-78

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/09/2019

Titular do CPF: IRLANE DA SILVA
CARDOSO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

TELVIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

IRLANE DA SILVA CARDOSO : 057.079.363-78

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 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: 26/12/2019
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

TELVIA SANTIAGO GUEDES

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190719715 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IRLANE DA SILVA CARDOSO **Data do acidente:** 21/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/01/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG. 3/4_CIRURGIA.

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 tornozelo	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: 3190719715 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IRLANE DA SILVA CARDOSO **Data do acidente:** 21/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG. 3/4_CIRURGIA.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO

Outorgante: : **IRLANE DA SILVA CARDOSO**, Brasileira, solteira, auxiliar administrativa, portador (a) do RG nº 0253526820038 SSP/MA e inscrito no CPF: nº 057.079.363-78, residente na Rua: Imperatriz, Nº 730 - Bairro: Nova Cidade, CEP: 69.316-180, nesta Capital. Tel.: (95) 99172-5568.

VITIMA: **IRLANE DA SILVA CARDOSO**, CPF N 057.079.363-78 DATA DO SINISTRO

21/10/19

NATUREZA: INVALIDEZ

OUTORGADA: TELVIA SANTIAGO GUEDES, RG nº 524555-9 SSP/RR e CPF nº 739.248.066-91, Brasileira, Casada, Proprietária da **Empresa Telvia S. Guedes- Me**, cujo nome fantasia é **Confiança Serviços Técnicos CNPJ nº 04.205.355/0001-78**. Situada na Rua Bento Brasil nº 248, Centro, Boa Vista – RR, Telefone: (95) 98118-1200.

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ, a que tem direito a outorgante junto a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A, CNPJ nº 09.248.608/001-04**, telefone (21) 3861-4600, situada na RUA: SENADOR DANTAS Nº 74, 15º ANDAR – CENTRO RIO DE JANEIRO – RJ, CEP 20031-205 em razão de acidente de transito, podendo a requerida procuradora em nome da mesma. Bem como quitar requerer e retirar documentos em órgãos públicos, estaduais, federais e municipais, ou órgãos privados, alem 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-RR, 25 DE NOVEMBRO DE 2019.

Irلane da Silva Cardoso
IRLANE DA SILVA CARDOSO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0468479/19

Vítima: IRLANE DA SILVA CARDOSO

CPF: 057.079.363-78

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/09/2019

Titular do CPF: IRLANE DA SILVA CARDOSO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

TELVIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

IRLANE DA SILVA CARDOSO : 057.079.363-78

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: 26/12/2019
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

TELVIA SANTIAGO GUEDES

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

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

Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190719715

Vítima: IRLANE DA SILVA CARDOSO

Data do Acidente: 21/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IRLANE DA SILVA CARDOSO

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

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

Rio de Janeiro, 19 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190719715 **Vítima: IRLANE DA SILVA CARDOSO**

Data do Acidente: 21/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IRLANE DA SILVA CARDOSO

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 tornozelo 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: IRLANE DA SILVA CARDOSO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003027

Conta: 000000039446-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE		
2 - Nº do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima: 057.079.363-78	4 - Nome completo da vítima: IRLANE DA SILVA CARDOSO			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012						
5 - Nome completo: IRLANE DA SILVA CARDOSO		6 - CPF: 057.079.363-78				
7 - Profissão: Aux. Administrativo		8 - Endereço: RUA IMPERATRIZ	9 - Número: 730	10 - Complemento: RR		
11 - Bairro: NOVA CIDADE		12 - Cidade: BOA VISTA	13 - Estado: RR	14 - CEP: 69.316-188		
15 - E-mail: confiancaest@hotmail.com		16 - Tel.(DDD): (95) 98118-1200				
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:						
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00			
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)						
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)				
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____				
AGÊNCIA: 3027		CONTA: 000 39446 4	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____		
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)		
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.						
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE						
<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que: <ul style="list-style-type: none"> • Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou • O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou • O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. 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 IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider 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:		<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo		24 - Data do óbito da vítima:		
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vivense)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/filhos vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.						
34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado		35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)		38 - 1º Nome: _____ CPF: _____		
		36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)		Assinatura da testemunha		
		37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)		39 - 2º Nome: _____ CPF: _____		
				Assinatura da testemunha		
40 - Local e Data,		Bair. Vista - RR, 19 de Setembro de 2019. irlane da Silva Cardoso		41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)				43 - Assinatura do Procurador (se houver)		
FPS.001 V002/2019						



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031818/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/09/2019 10:50 Data/Hora Fim: 21/09/2019 11:07
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP PM 2290 Data: 21/09/2019
Delegado de Polícia: Miriam Di Manso

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Plantão Central
Data/Hora do Fato: 21/09/2019 07:40

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Rua Bem Querer c/ Rua Caracarai Bairro: Treze de Setembro

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - OUTROS	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ALVERLAN SÁ PEREIRA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Idade: 26

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 539.787.732-87
RG - Carteira de Identidade: 3754091

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Salvador Nº: 624
Bairro: Nova cidade

Nome Civil: ERIKO MARCEL DA SILVA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Idade: 33

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 528.046.402-30
RG - Carteira de Identidade: 217468

Endereço

Município: Boa Vista - RR Nº: 800
Logradouro: Rua Santa Maria
Bairro: Centenário

Razão Social: POLICIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

DAT
Confere com original
Data: 18/12/19

Assinatura
Sônia Figueira de Carvalho
Agente Administrativo/União
Mat. 0707577



Delegado de Polícia Civil: Miriam Di Manso
Impresso por: Givanildo da Silva Vieira
Data de Impressão: 18/12/2019 08:34
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031818/2019

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Vem comunicar que fomos acionados via CIOPS para atender uma ocorrência de trânsito no endereço acima citado onde o Srº Eriko informou que conduzia o veículo automóvel fiesta de cor prata e placas NBA-2196 e seguia pela Rua Bem Querer sentido centro/bairro onde tentou cruzar a Av. Caracaraí, momento que colidiu na motocicleta Honda Cg 150 de cor preta e placa NAM-1803 que era conduzida pelo Srº Alverlan e tinha como carona a Srª Irlane da Silva Cardoso de identidade nº 0253526820038-MA e CPF 057.079.363-78, onde o motociclista seguia na Av. Caracaraí sentido rio branco. No local fomos informados que os ocupantes da motocicleta haviam sido levados por uma viatura do corpo de bombeiros. Qua a perícia foi feita pelo Perito Eduardo, onde logo em seguida o automóvel foi liberado ao seu condutor e a motocicleta ficou sob a responsabilidade do Srº Jacó dos Reis de CNH 06677253973. Informo ainda que foi feito o teste de alcoolemia no condutor do automóvel, sendo comprovado que o mesmo não havia feito uso de álcool, conforme amostra nº 01053 que segue anexo. Era o que tinha a relatar.

ASSINATURAS

Radileno Ribeiro Solidade
Agente de Polícia
Matrícula 42000697
Responsável pelo Atendimento

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



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA MILITAR DE RORAIMA
COMANDO DO POLICIAMENTO DA CAPITAL
COMPANHIA INDEPENDENTE DE POLICIAMENTO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS**

OK

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL (ROP)

ROP	DATA	TIPO	UND OP	DP
2290	21/09/2019	OUTROS	CIPTUR	
HORA TRANS.	HORA INICIAL	HORA CHEGADA	HORA FIM	VTR
07:40:00	07:40:00	07:50:00	09:15:00	CIPTUR 03
KM INICIAL	KM FINAL			
143702	143710			

Código Ocorrência

- 1001

Código Providência

- 13006 - 13999

Código Serviço Prestado

Local da Ocorrência

RUA: RUA BEM QUER C/ AV. CARACARAI, Nº, BAIRRO: 13 DE SETEMBRO

POLÍCIA MILITAR - RR
CPC-P2-P3
CONFIRME COM ORIGINAL
DATA 30/05/19

De: [Signature] David Amaral dos Santos

Func. Civil PM/RR

Mat. 044005222

País: BRASIL

PESSOAS RELACIONADAS

	1 ENVOLVIDO	ALVERLAN SA PEREIRA	RG: 3754081	CPF: 539.787.732-87	CNH: 05520093108	Idade: 26	País: BRASIL
	ENDEREÇO: RUA SALVADOR Nº 624, NOVA CIDADE	2 ÚLTIMAS CONDUÇÕES: (ID 2290 - TIPO: ENVOLVIDO - OBS: CONDUTOR) - TOTAL DE CONDUÇÕES: 1					
	2 ENVOLVIDO	ERIKO MARCEL DA SILVA	RG: 217468	CPF: 528.046.402-30	CNH: 03323549780	Idade: 33	País: BRASIL
	ENDEREÇO: RUA SANTA MARIA Nº 800, CENTENÁRIO	2 ÚLTIMAS CONDUÇÕES: (ID 2290 - TIPO: ENVOLVIDO - OBS: CONDUTOR) - TOTAL DE CONDUÇÕES: 1					

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

ACIONADOS VIA CIOPS PARA ATENDER UMA OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO NO ENDEREÇO CITADO ONDE O SR. ERIKO INFORMOU QUE CONDUZIA O VEÍCULO AUTOMÓVEL FIESTA DE COR PRATA E PLACAS NBA 2196 E SEGUIA PELA RUA BEM QUERER SENTIDO CENTRO/BAIRRO, ONDE TENTOU CRUZAR A AV. CARACARAI, MOMENTO QUE COLIDIU NA MOTOCICLETA HONDA CG 150 DE COR PRETA E PLACA NAM 1803 QUE ERA CONDUZIDA PELO SR. ALVERLAN E TINHA COMO CARONA SRA. IRLANE DA SILVA CARDOSO DE IDENTIDADE N° 0253526820038 - MA E CPF 057.079.363-78, ONDE O MOTOCICLISTA SEGUIA NA AV. CARACARAI SENTIDO RIO BRANCO. NO LOCAL FOMOS INFORMADOS QUE OS OCUPANTES DA MOTOCICLETA HAVIAM SIDO LEVADOS POR UMA VIATURA DO CORPO DE BOMBEIROS.

A PERICIA FOI FEITA PELO PERÍTO EDUARDO, ONDE LOGO EM SEGUIDA, O AUTOMÓVEL FOI LIBERADO AO SEU CONDUTOR E A MOTOCICLETA FICOU SOB A RESPONSABILIDADE DO SR. JACO DOS REIS DE CNH 06677253973. INFORMO AINDA QUE FOI FEITO O TESTE DE ALCOOLEMIA NO CONDUTOR DO AUTOMÓVEL, SENDO COMPROVADO QUE O MESMO NÃO HAVIA FEITO USO DE ALCOOL, CONFORME AMOSTRA N° 01053 QUE SEGUUE EM ANEXO.

Alverlan
2º SGT OSANIEL MENDES DE SOUZA FILHO

CADASTRO 47000180

LOCAL: BOA VISTA / RR - 21/09/2019

DADOS DO RECEBIMENTO

Recebi os conduzido(s) e os material(ais) acima anotado(s)

1-

2-

3-

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: 13/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IRLANE DA SILVA CARDOSO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 000000039446-4

Nr. da Autenticação 21DF3523C2E7A489



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garces, 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 autorizada pela SEFAZ 360/13

Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0130124-1

Nº da Nota Fiscal 003970826

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2019	06-12-2019	612	505,19

IRLANE DA SILVA CARDOSO
R. IMPERATRIZ 738 NOVA CIDADE

DADOS DA LEITURA (kWh)

Atual:	21532
Anterior:	20928
Dias de consumo:	28
Constante de Multiplicação:	1.000
Consumo medido:	612
Consumo Faturado:	612

DATAS DA LEITURA

Atual:	06/11/2019
Anterior:	09-10-2019
Próxima leitura:	06-12-2019
Emissão:	05-11-2019
Apresentação:	06-11-2019

R: 15.001.23.01.095488

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo:	B
Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Ligação:	B1
Número Medidor:	1400803594
Forma de Faturamento:	NORMAL
Modalidade:	CONVENCONAL

DESCRICAÇÃO DA CONTA

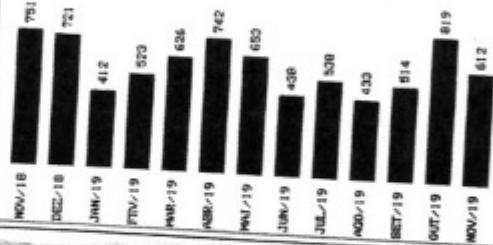
CONSUMO ILUMINACAO PUBLICA 612 A R\$ 0,780833 = 477,86
27,33

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 612 - 0,631009

Média 12 meses: 504

HISTÓRICO DE MEDICÃO



PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PFERIR
A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 38%. TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO
-2,12% NEGATIVOS - RESOLUÇÃO ANEEL N. 2.634 DE 29.10.2019.
LIGUE 00087019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 05-11-2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

MENSAGENS
IMPORTANTES

REAVISO DE
VENCIMENTO

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	258,39	Encargos:	14,81
Distribuição:	113,79	Tributos:	91,57
Transmissão:	0,00		

Base de Cálculo:	IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
	ALÍQUOTA	VALOR
477,86	ICMS:	17,00%
	PIS:	81,23
	COFINS:	1,88
		1,64

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Mês	DIC			FIC			OMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual		
Limite	8,85	17,70	35,40	8,45	16,92	33,84	4,82	
Realizado								
Conjunto	0,00			0,00			0,00	

PERÍODO DE APURAÇÃO: 05-2019 - 16-2019

R: 15.001.23.01.095488

PERÍODO DE APURAÇÃO: 05-2019 - 16-2019</

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garces, 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 autorizada pela SEFAZ 368/73

Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0126055-3

Nº da Nota Fiscal 003941569
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS

OUTUBRO/2019

VENCIMENTO
26/11/2019CONSUMO (kWh)
363TOTAL A PAGAR (R\$)
302,83

RAQUEL DELL EUGENIO

AV BENTO BRASIL 248 CENTRO

DADOS DA LEITURA (kWh)

Atual: 28134
Anterior: 19771
Dia de consumo: 33
Constante de Multiplicação: 1.000
Consumo medido: 363
Consumo Faturado: 363

DATAS DA LEITURA

Atual: 29/10/2019
Anterior: 26/09/2019
Próxima leitura: 29/11/2019
Emissão: 28/10/2019
Apresentação: 29/10/2019
R: 12.001.02.11.683059

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo: B
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Ligação: BI
Número Medidor: 147080002
Forma de Faturamento: NORMAL
Modalidade: CONVENTIONAL

DESCRIPÇÃO DA CONTA

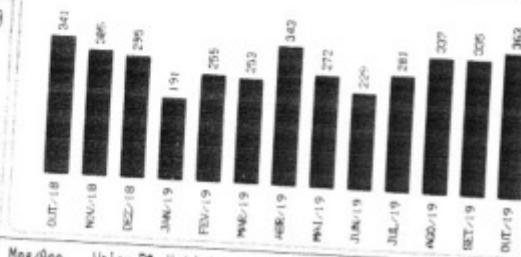
CONSUMO
ILUMINACAO PUBLICA363 A R\$ 0,764602 = 277,55
25,28

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 363 - 0,634620

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO

Média 12 meses: 286



Mes/Año
08/2019
Valor R\$ 265,64
Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 13/11/2019, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavaliada(s) no valor de R\$ 210,07 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER
A THRIF RURAL DESC. ATÉ 30%.
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO | 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

4324,3H82,6A34,74C9,4DF9,4302,CD4H,45B2

FC4H

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	151,21	Encargos:	7,85
Distribuição:	71,31	Tributos:	47,18
Transmissão:	0,00		

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo:	ALIQUOTA	VALOR
277,55	17,00%	47,18
	PIS:	0,0000%
	COFINS:	0,0000%

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC		FIC		DMIC		DICRI
Mensal	12,00	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54	
Realizado	8,43		1,00			0,00	
Conjunto	CENTRO			Período de apuração:	08/2019	EUSO:	110,56

R: 12.001.02.11.683059

POH


RORAIMA ENERGIA

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garces, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

0126055-3

TOTAL A PAGAR - R\$

302,83

MÊS FATURADO

10/2019

VENCIMENTO

26/11/2019

Nº da Nota Fiscal: 003941569

83620000003 9 02830075000 8 00000000126 3 05531019008 1



RDM: 00216

LEITURA: 20134

DT-MEDID: 26-11-2019

DT-LEIT: 0126055-3

NOMEN: NORMAL

LNBX: 000

DT-ENTR: 29/10/2019

TOTAL: 302,83

COLETOR: 1001

T-ENTR.: 00

CARGA: 010

RH420 - RRE (NOVO)