
Rio de Janeiro, 21 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200256747

Vítima: NEILA FRANCO RIVAS

Data do Acidente: 05/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), NEILA FRANCO RIVAS

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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200256747 Vítima: NEILA FRANCO RIVAS

Data do Acidente: 05/08/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), NEILA FRANCO RIVAS

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

Boletim de ocorrência	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.
-----------------------	---

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

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200256747

Vítima: NEILA FRANCO RIVAS

Data do Acidente: 05/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), NEILA FRANCO RIVAS

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: **NEILA FRANCO RIVAS**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000003027**

Conta: **00000043560-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - R nº do sinistro do ASI

3 - CPF da vítima

4 - Nome completo da vítima

602.636.952-04

Neila Franco Rivas

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

5 - Nome completo

Neila Franco Rivas

7 - Profissão

Autônoma

8 - Endereço

Av. Jardim

9 - Bairro

Cidade Satélite

12 - Cidade

Boa Vista

15 - e-mail

6 - CPF

602.636.952-04

10 - Número

580

11 - Data de nascimento

09/10/2003

13 - Estado

RR

14 - CEP

69.317.529

16 - Tel (DDD)

(95) 99119-0143

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUSO INFORMAR



R\$1.00 A R\$1.000,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



SEM RENDA



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

3027

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

00043560

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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



Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de cobertura do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (no Civil)



Divorciado



Separado Judicialmente



Viuvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):



Sim



Não

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

28 - Vítima teve filhos?



Sim



Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:



Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:



Falecidos:



Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?



Sim



Não

Estou ciente de que, se a vítima não for pagata, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte daqueles beneficiários que se apresentarem e provarem a existência de estar de direito, 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

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista/RR 20/07/2020

Neila Franco Rivas

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR - CEP 69.308-045, Fone: (95) 9 9166-7200

Ocorrência Nº: 6906/2020 - Registrado em: 17/07/2020 às 18h 15min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 05/08/2018 às 13h 30min

LOCAL DO FATO

Município: MUCAJAI

Logradouro: VICINAL 11

Bairro: CENTRO

Referência:

Complemento: SENTIDO APIAU

UF: RR

Nº: 42

CEP:

Tipo de local: RODOVIA, ESTRADA

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

NEILA FRANCO RIVAS (42), nascido(a) em 04/11/1977, sexo FEMININO, solteiro(a), exercendo a profissão de AUTÔNOMO, CPF Nº 602.636.952-04, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de ADEMILDES SABINO FRANCO e , endereço: AV JARDIM, cep: 69317-529, Nº: 580, bairro: CIDADE SATELITE, BOA VISTA-RR, Telefone: .

OBJETOS

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	MOTOCICLETA	PROPRIETÁRIO DA MOTOCICLETA DIRSON DA SILVA FERREIRA

RELATO DA OCORRÊNCIA*

INFORMO QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA NUJ6910, CHASSI 9C6KE1250A0019116, MODELO YAMAHA XTZ 125E DE COR VERMELHA, DE PROPRIEDADE DE DIRSON DA SILVA FERREIRA, E QUL A ESTRADA ESTAVA MOLHADA E DEVIDO A ISSO, DERRAPEI E PERDI O CONTROLE DA MOTO, VINDO A CAIR, QUE FUI SOCORRIDA POR POPULARES DO LOCAL DO ACIDENTE, E FUI ENCAMINHADA AO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLÍCIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

VALDEMIR DE S. CONSTANTINO
POLÍCIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000887
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

Neila Franco Rivas

NEILA FRANCO RIVAS
COMUNICANTE



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00022470/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 05/08/2020 10:15:06 Data/Hora Fim: 05/08/2020 10:15:06

Origem: Data: 05/08/2020

Delegado de Polícia: Fernando Bruno de Souza

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: 3º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 05/08/2018 13:30 (Hora Aproximada)

Local do Fato

Município: Mucajaí (RR)

Bairro: zona rural

Logradouro: vicinal 41

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: NEILA FRANCO RIVAS (VÍTIMA , COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Nasc: 04/11/1977	Idade 42
Profissão: Autônomo		Escolaridade: Ensino Médio Completo	
Estado Civil: Solteiro(a)		Naturalidade: Boa Vista	
Nome da Mãe: Ademildes Sabino Franco			

Documento(s)

CPF: 602.636.952-04

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: av jardim

Nº: 580

Bairro: Cidade Satélite

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Informa que conduzia a motocicleta Yamaha/XTZ placa nuj 6910 CHASSI 9C6KE1250A0019116 de cor vermelha e de prop. de DIRSON DA SILVA FERREIRA pela estrada acima descrita foi quando derrapou vindo a cair pelo fato da estrada ser de chão batido sem asfalto e que tinha chovido e a estrada estava molhada, a vítima foi socorrida por familiares ao P.S




GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00022470/2020

ASSINATURAS


Syllas Souza Silva

Agente de Polícia

Matrícula 42000149

Responsável pelo Atendimento


Neila Franco Rivas

Vítima Comunicante

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Rótulo do sinistro do ASI

3 - CPF da vítima

4 - Nome completo da vítima

602.636.952-04

Neila Franco Rivas

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

5 - Nome completo

Neila Franco Rivas

7 - Profissão

Autônoma

8 - Endereço

Av. Jardim

9 - Bairro

Cidade Satélite

12 - Cidade

Boa Vista

15 - e-mail

6 - CPF

602.636.952-04

10 - Número

580

11 - Data de nascimento

09/10/2003

13 - Estado

RR

14 - CEP

69.317.529

16 - Tel (DDD)

(95) 99119-0143

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUSO INFORMAR



R\$1.00 A R\$1.000,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



SEM RENDA



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

3027

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

00043560

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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



Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de cobertura do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (no Civil)



Divorciado



Separado Judicialmente



Viuvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):



Sim



Não

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

28 - Vítima teve filhos?



Sim



Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?



Sim



Não

Estou ciente de que, se a vítima não for pagata, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte daqueles beneficiários que se apresentarem e provarem a existência de estar de direito, 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

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista/RR 20/07/2020

Neila Franco Rivas

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 17/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NEILA FRANCO RIVAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 000000043560-8

Nr. da Autenticação 7DBC2E78DBABAA7B

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 368/13

Nº DA NOTA FISCAL 5569057 FCAM*
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

CONSUMIDOR

VERBOMINUTIVO

CONSUMO (kWh)

TOTAL A PAGAR (R\$)

11/08/2020

11/08/2020

61

25,64

VEILA FRANCO RIVAS
AV. JARDIM SSO BOA A203-JATOBA - CIDADE SATELITE
GESTO ENICIAL VILA JARDIM
CED: 69.327-529 - BOA VISTA

Anterior 12/06/2020 Próxima leitura: 14/08/2020
Emissão: 13/07/2020 Apresentação: 14/07/2020 Dias de consumo: 32

SUMIDORA

Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.4.1.2	RESID.BX.RENDABIF		15EDB02594	NORMAL	CONVENC

DADOS DA LETURA (kWh)

INJETADO	kWh	INJETADO	kWh
TOT/PTA	F.PONTA	F.PONTA	INTERMED
INJETADO	kWh	INJETADO	kWh
TOT/PTA	F.PONTA	INTERMED	RESERVADO
13687			

BLOCO D

Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
------------------------	---------------------	---

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		2 - CNES	
1.1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		[] [] [] [] [] []	
1.2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		4 - CNES	
[] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] []	

3 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO	
3.1 - NOME DO PACIENTE		[] [] [] [] [] []	
3.2 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		9 - SEXO	
[] []		[] [] [] [] [] []	
7 - CATEGORIA NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
[] []		[] []	
10 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		11 - TELEFONE DE CONTATO	
[] []		[] []	
12 - CID - DOENÇA		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
[] []		[] []	
15 - UF		16 - CEP	
[] []		[] []	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
Fratura de nádego lateral	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	
Tto cirurg.	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
EF + Rx	
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	
Fract. Maledo lateral	
21 - CID 10 PRIMÁRIO	
[] []	
22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
[] []	
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
[] []	

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	
Internação	
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
[] []	
26 - CLÍNICA	
[] []	
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
[] []	
28 - DOCUMENTO	
[] []	
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
[] []	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
[] []	
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
[] []	
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
[] []	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
33 - N° DO SORTEIO	
[] []	
34 - SÉRIE	
[] []	
35 - CNPJ DA SEGURADORA	
[] []	
36 - CNPJ EMPRESA	
[] []	
37 - CNPJ DA EMPRESA	
[] []	
38 - CBOE	
[] []	
39 - VEÍCULO COM A PREVIDÊNCIA	
[] []	
40 - EMPREGADO	
[] []	
41 - EMPREGADOR	
[] []	
42 - AUTÔNOMO	
[] []	
43 - DESEMPREGADO	
[] []	
44 - JA PENSADO	
[] []	
45 - NÃO SEGURO	
[] []	

AUTORIZAÇÃO	
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
[] []	
47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	
[] []	
48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
[] []	
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
[] []	
50 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
[] []	

data 19.8

407-2



GOVERNOR OF ROBINSON
Hospital, Hotel de Robinson

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	NÉLIA LOPES RUA				
DIAGNÓSTICO	FATIGA MÚSCULO LATENTE				
ALERGIAS	HAS		NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO			DATA	6/8/11
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5:00
2	AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia (scp)				
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H (scp)				
4	TILATIL 20mg 12/12hs				18
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				5:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				5:00
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				5:00
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS (S/N)				14 AL
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				5:00
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Relatório
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				5:00
14	CURATIVO DIÁRIO				Imagens
16					
16					
17					
18					
18					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

EVOLUÇÃO MEDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

Por Recusou o item 02 das
ALLEGANDO ALERGIA Amanda Lima de Araújo

Amanda Lima de Araújo
Téc. Enfermagem
COREN-RR 907534

100-120 x 3"
 100-300
 100-300 95

Amanda Lima de Araújo
Téc. Enfermagem
COREN-RR 907634

SINAI'S VITALS	TEMP	PULSE	TENDR	GRV
6 H				
12 H	100/70	74 bpm	36.1 °C	19
18 H	100/80	80	36 °C	19
24 H				

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

De 16 às 17 hs - 80km - Med. de horário.
Referido 5500, segue aos cuidados
da enfermeira Tereza.

Júlio Martins 4-8-27

[illegible]



GOVERNO DE
RORAIMA
Hospital Geral de
Roraima

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



407-2

DATA DE ADMISSÃO	05/08/2018	DIH		DN	04/11/1977
PACIENTE	NEILA FRANCO RIVAS				
AGNÓSTICO	FRATURA MALEOLO LATERAL ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	40	LEITO	407-2	DATA	11/08/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S/N
2	AVP				11/08/18
4	CEFTAZIDIMA 1G EV 12/12HRS				18
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				18
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				
15	CURATIVO DIÁRIO				
16					
17					
18					
19					
20					
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS					Dr Odínachi Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia
6 H	PA	FC	FR		
12 H	100/70	77	18	36,6°C	
18 H	100/70	83	17	37,2°C	
24 H	100/70	83	17	37,2°C	

120 x 66 - 55 x 66



GOVERNO DO
RORAIMA
GOVERNADOR
JOSÉ MARIANO COSTA
VICE-GOVERNADOR
JOSÉ ALVES DE SOUZA

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



DATA DE ADMISSÃO	05/08/2018	DIH		DN	04/11/1977
PACIENTE	NEILA FRANCO RIVAS				
AGNÓSTICO	FRATURA MALEOLO LATERAL ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	40	LEITO	407-2	DATA	13/08/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SMD
2	AVP				monte
4	CEFTAZIDIMA 1G EV 12/12HRS				18h
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				notas
15	CURATIVO DIÁRIO				curativo
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO:
CONDUTA:
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
8 H	PA	FC	FR	T
12 H	120/80	70	18	36,5
18 H	120/80	70	18	36,5
24 H	120/80	70	18	36,5

Dr Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

2 - ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

H. G. R.

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXEMPLO)

Ortopedia

4 - NOME DO RESPONSÁVEL

5 - ENDEREÇO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO

6 - DATA DE NASCIMENTO

04/11/77

7 - SEXO

8 - SEXO

9 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

13 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

14 - UF

15 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

16 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente q. de 40 anos de idade com fratura de humero (E)

17 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento cirúrgico

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

Histórico + Exame físico + Radiografia

Dr. [Assinatura]
 Ortopedia e Traumatologia
 Título de Especialista
 SBOF - RQE 5031 de [Assinatura]

19 - CID 10 PRIMÁRIO

20 - CID 10 SECUNDÁRIO

21 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tratamento de fratura de humero (E)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

22 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

23 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Tratamento de fratura de humero (E)

24 - NOME DO RESPONSÁVEL DA INTERNAÇÃO

25 - DOCUMENTO

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

27 - NOME DO RESPONSÁVEL SOLICITANTE/ASSISTENTE

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Dr. [Assinatura]

14/05/18

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

30 - ACIDENTE DE TRABALHO

31 - CNPJ DA SEGURADORA

32 - Nº DO RILHETE

33 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - CNPJ EMPRESA

36 - CNIS DA EMPRESA

37 - CROF

38 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAÍTO

39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

40 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

41 - Cód. Órgão Emissor

42 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

43 - DOCUMENTO

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

45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

47 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

48 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

6908050578
 SP26

V299



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CONTINUAÇÃO

Helei Franco Ruas

14.08.18

OS

EXAME PRE-OPERATÓRIO:

Fratura de humero (E)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

Osteossíntese de fratura humeral (E)

LOCAL DE INTERVENÇÃO:

Humero

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

00

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

O mesmo

CIRURGIÃO:

Dr. Bruno F

1º AUXILIAR:

Vitor M

2º AUXILIAR:

Dr. Elder R2

INSTRUMENTADORA:

Dr. Marcos R2

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

OBJETO:

FIN:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1º Paciente em D.O.H
2º Anestesia e analgesia
3º Lavagem de campos estéril
4º Incisão anti-labral + abordagem por plano de
5º fôss da fratura
6º Abordagem aberta + fixação de placa 1/8 de corpo,
7º e enfusos; com pinos furados

8º Controle radiológico.

9º S.O.C

10º Fatores

11º Curativos

12º R.T.A

Nome: _____
Endereço: _____
Cidade: _____

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

2 - CNES

3 - NOME DO RESPONSÁVEL

4 - ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL

5 - CIDADE DO RESPONSÁVEL

6 - DATA DO LAUDO

7 - NOME DO RESPONSÁVEL

8 - DATA DO LAUDO

9 - ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL

10 - CIDADE DO RESPONSÁVEL

11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

13 - COD. REG. MUNICIPAL

14 - UF

15 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - PROCEDIMENTO SOLICITADO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

22 - CLÍNICA

23 - ENDEREÇO DA INTERNAÇÃO

24 - CIDADE DA INTERNAÇÃO

25 - DATA DO LAUDO

26 - NOME DO RESPONSÁVEL

27 - ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL

28 - CIDADE DO RESPONSÁVEL

29 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

30 - ENDEREÇO DA AUTORIZAÇÃO

31 - CIDADE DA AUTORIZAÇÃO

32 - DATA DO LAUDO

33 - NOME DO RESPONSÁVEL

34 - ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL

35 - CIDADE DO RESPONSÁVEL

Dr. Bruno F. Santos
Ortopedia e Traumatologia
Título de Especialista
RQE 533 CRM 1047

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO RILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAS DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - EMPREGADO

44 - EMPREGADOR

45 - AUTÔNOMO

46 - DESEMPREGADO

47 - REFORMADO

48 - NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

49 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

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

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

53 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETEM OPERATÓRIO

11/05/18

Atendimento em sala de cirurgia

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fe Lx Tmz (E)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

Tru cirurgico

TIPO DE INTERVENÇÃO:

Osteossíntese Fe Tmz (E)

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

0

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

O mesmo

QUIRURGIÃO:

Dr. Bruno F. Santos
Ortopedia e Traumatologia
Título de Especialista
RPE 563.495/1047

1º AUXILIAR:

Dr. João M.

2º AUXILIAR:

Dr. João M.

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

Dr. João M.

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Paciente em sala de cirurgia, anestesia

em Tmz + Anestesia + Cirurgia

em Tmz (E)

região + furo de fixação de placa de costura,

região + furo de fixação de placa de costura,

região + furo de fixação de placa de costura,

região + furo de fixação de placa de costura,

região + furo de fixação de placa de costura,

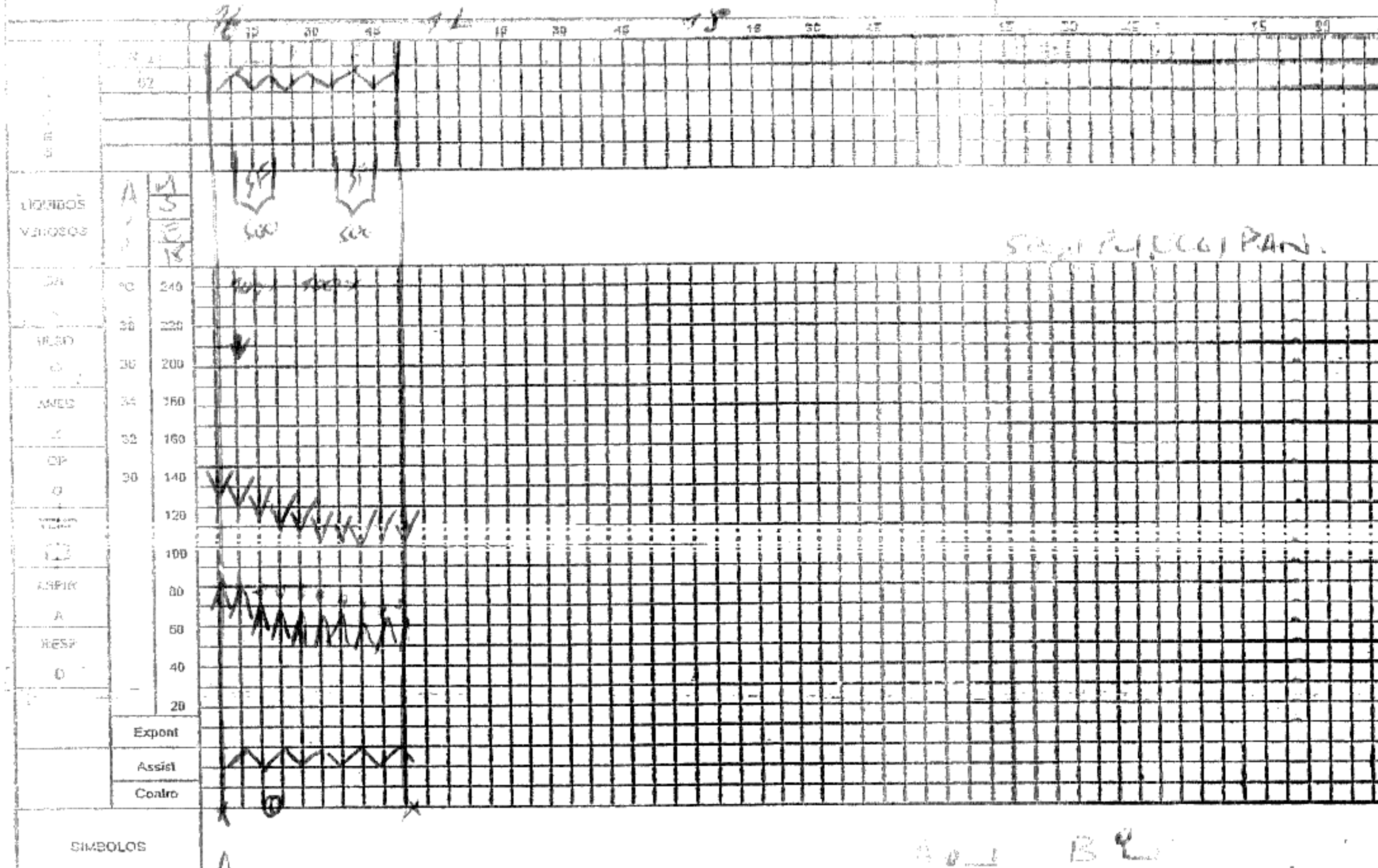
região + furo de fixação de placa de costura,



FICHA DE ANESTESIA

Paciente: Francisco Silva

ESPONDILOLOGIA - DORSA - DOSE - MORA - ESPITO

Anestesia: Intubação com + MidazolamData: 15/08/18

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
Propofol	100 mg	Intubação	Intubação com + Midazolam
Midazolam	2 mg	Intubação	Intubação com + Midazolam
Midazolam	4 mg	Intubação	Intubação com + Midazolam
Midazolam	4 mg	Intubação	Intubação com + Midazolam
Midazolam	2 mg	Intubação	Intubação com + Midazolam
GLUCOSE	LIQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faríngea	
HAJOL		Naso / Orofaríngea - Cego	
SANGUE		Bal - Tamp - Calor do Tubo	
		Sob Mécans	
		Dificuldade Técnica	Não houve
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA	16:05 - 16:50 : 45 min
OPERAÇÃO			Intubação com + Midazolam
ANESTESIA		CÓDIGO	De Buino / Vitor
			De Buino / Vitor

Alberto M. Herrera
Médico Anestesiologista
CRM 307/RR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

Bloco D

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Walter Tante Rivas	407/02		14/10/2018

CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
Colocação de placa de fixação de fratura de humerus esquerdo (R)	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
	16:00	18:00	

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO	ANESTESISTA:	RES. ANESTESIA:	INSTRUMENTADOR
Dr. Bruno	Dr. Fabiano	Dr. Marcos R. S.	
COADJUVAR			
Dr. Helder P. S.			
COADJUVAR	CIRCULANTE		
Dr. Marcos R. S.	Valéria		
TIPO DE ANESTESIA	TEMPO DE DURAÇÃO:		
Sedação + Relaxante			

QUANT	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
	PC'S COMPRESSAS C/03		4	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	500 ml
	PC'S GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 70			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL			FIO VICRYLNº	
	LUVA ESTERIL 80		1	FIO MONONYLON Nº	2.0
	LUVA ESTERIL 85			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	CÂMERA BISTURINº	15		FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML		1	SURGICEL Agulha P/agulha nº 27	
	SERINGA 03ML		1	CERA P/ OSO citaduro 20 cm	
	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATANº cateter, P/02	
	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM Cloroquina 100-1000ml	
	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA Topico 100-1000ml	
	Subtotal		1	OUTROS: Agulha 100-1000ml	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VOTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTALIZADA	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	
	Ribeira	SUB-TOTAL	
	Alencar	TAXA DE SALA	
FINANCEIRO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE ANESTESIA	
	Elizangela M.	SOMA	
	Isac M.		
	Valéria	ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	



NOME: _____

SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Cirurgia - 16:00

TRANSOPERATÓRIO

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO		TRANSOPERATÓRIO				CURRÍCULO		SRPA	
Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia	Saída S.O.	Cirurgia Realizada	Anestesia	Localização	SRPA	SRPA
15:40	16:00	16:30							
Paciente: <u>1600</u>		Anestesia: <u>Local</u>		Posição: <u>Supino</u>					
Cirurgia Realizada: <u>1600</u>		Anestesia: <u>Local</u>		Posição: <u>Supino</u>					
Hidratação: <u>1600</u>		Antibiótico: <u>1600</u>		Hemoderivados: <u>1600</u>					
Sf a 0,9%: <u>1600</u>		Nome: <u>1600</u>		Plasma: <u>1600</u>					
Sf a 10%: <u>1600</u>		Dose: <u>1600</u>		Plaquetas: <u>1600</u>					
Outros: <u>1600</u>		Plaquetas: <u>1600</u>		Anatomia Pat: <u>1600</u>					
Nº de compressas oferecidas: <u>1600</u>		Nº de compressas recolhidas: <u>1600</u>		Nº de compressas recolhidas: <u>1600</u>					
Sinais Vitais: <u>1600</u>		Nº pegos: <u>1600</u>		Nº pegos: <u>1600</u>					
T: <u>36,5</u> °C		P: <u>75</u> bpm		P: <u>75</u> bpm					
SAR: <u>95</u> %		R: <u>12</u> rpm		R: <u>12</u> rpm					
() Regular		() Irregular		() Irregular					
FC: <u>65</u> bpm		PA: <u>120/80</u> mmHg		PA: <u>120/80</u> mmHg					
Exames na S.O.: () Ht () Hb () Hemograma () Razo X		() Outros: <u>1600</u>		() Outros: <u>1600</u>					
Estado Emocional/ Mental: <u>1600</u>		Choroso: () Sonolento: () Agitado: () Outros: <u>1600</u>		Choroso: () Sonolento: () Agitado: () Outros: <u>1600</u>					
Sinais Vitais: <u>1600</u>		Sinais Vitais: <u>1600</u>		Sinais Vitais: <u>1600</u>					
Legenda: <u>1600</u>		Legenda: <u>1600</u>		Legenda: <u>1600</u>					
1. Eletrodo: <u>1600</u>		1. Eletrodo: <u>1600</u>		1. Eletrodo: <u>1600</u>					
2. Oxímetro: <u>1600</u>		2. Oxímetro: <u>1600</u>		2. Oxímetro: <u>1600</u>					
3. PVC: <u>1600</u>		3. PVC: <u>1600</u>		3. PVC: <u>1600</u>					
4. Placa de Bisturi: <u>1600</u>		4. Placa de Bisturi: <u>1600</u>		4. Placa de Bisturi: <u>1600</u>					
5. Inchaço: <u>1600</u>		5. Inchaço: <u>1600</u>		5. Inchaço: <u>1600</u>					
6. Cateter: <u>1600</u>		6. Cateter: <u>1600</u>		6. Cateter: <u>1600</u>					
7. Vendicite: <u>1600</u>		7. Vendicite: <u>1600</u>		7. Vendicite: <u>1600</u>					
8. Dreno: <u>1600</u>		8. Dreno: <u>1600</u>		8. Dreno: <u>1600</u>					
9. SNG: <u>1600</u>		9. SNG: <u>1600</u>		9. SNG: <u>1600</u>					
10. Fita de Sinais: <u>1600</u>		10. Fita de Sinais: <u>1600</u>		10. Fita de Sinais: <u>1600</u>					
11. Outros: <u>1600</u>		11. Outros: <u>1600</u>		11. Outros: <u>1600</u>					
Balanco Hídrico: <u>1600</u>		Balanco Hídrico: <u>1600</u>		Balanco Hídrico: <u>1600</u>					
EV: <u>1600</u>		EV: <u>1600</u>		EV: <u>1600</u>					
NV: <u>1600</u>		NV: <u>1600</u>		NV: <u>1600</u>					
CH: <u>1600</u>		CH: <u>1600</u>		CH: <u>1600</u>					
SNG: <u>1600</u>		SNG: <u>1600</u>		SNG: <u>1600</u>					
Dreno: <u>1600</u>		Dreno: <u>1600</u>		Dreno: <u>1600</u>					
Outros: <u>1600</u>		Outros: <u>1600</u>		Outros: <u>1600</u>					



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopedia:

Tipo Cirurgia:

Tratamento Cirúrgico de Fratura, 2° Redução de
Trombozele (R)

Data: 14/08/2018.

Nº. DO PRONTUÁRIO:

Nome: Nêle, Franco Rivas

Idade: 20 anos

Sexo: D Enfermeiro 407 Leito: 02.

Lesão: Pequenos Fragmentos

Nº 3,5.

Cirurgião: Elizângela M. Isaac, Valéria, Sala IV

Conferência Expurgo CME:

Material Utilizado:

Pinos 1/3 de comprimento 8 furos

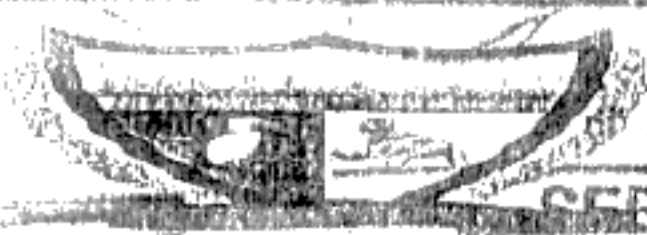
Parafuso cortical nº 12 □ nº 40.

Parafuso espongioso nº 18 I nº 20 I

Dr. Bruno F. Santos
Ortopedia e Traumatologia
Título de Especialista
SBOT: TEQI-10488
RQE-503 / CRM 1047

Assinatura - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Assinatura - CME



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



NOVERO DI ROMA
Società per Azioni

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	Nela Franco Dival				
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS	HAS		NEGA		DM2
IDADE	LEITO				DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia (SUSPENSO)				
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H (SUSPENSO)				
4	TILATIL 20mg 12/12hs				
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N (SISTEMÁTICO)				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIÁRIO				
16					
17					
18					
19	Piracetam 50mg 5m				
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

o bloco para programação cirúrgica

SINAI'S VITALS				
6 H	100%	85	-	360
12 H				
18 H				
24 H	100%	92		360

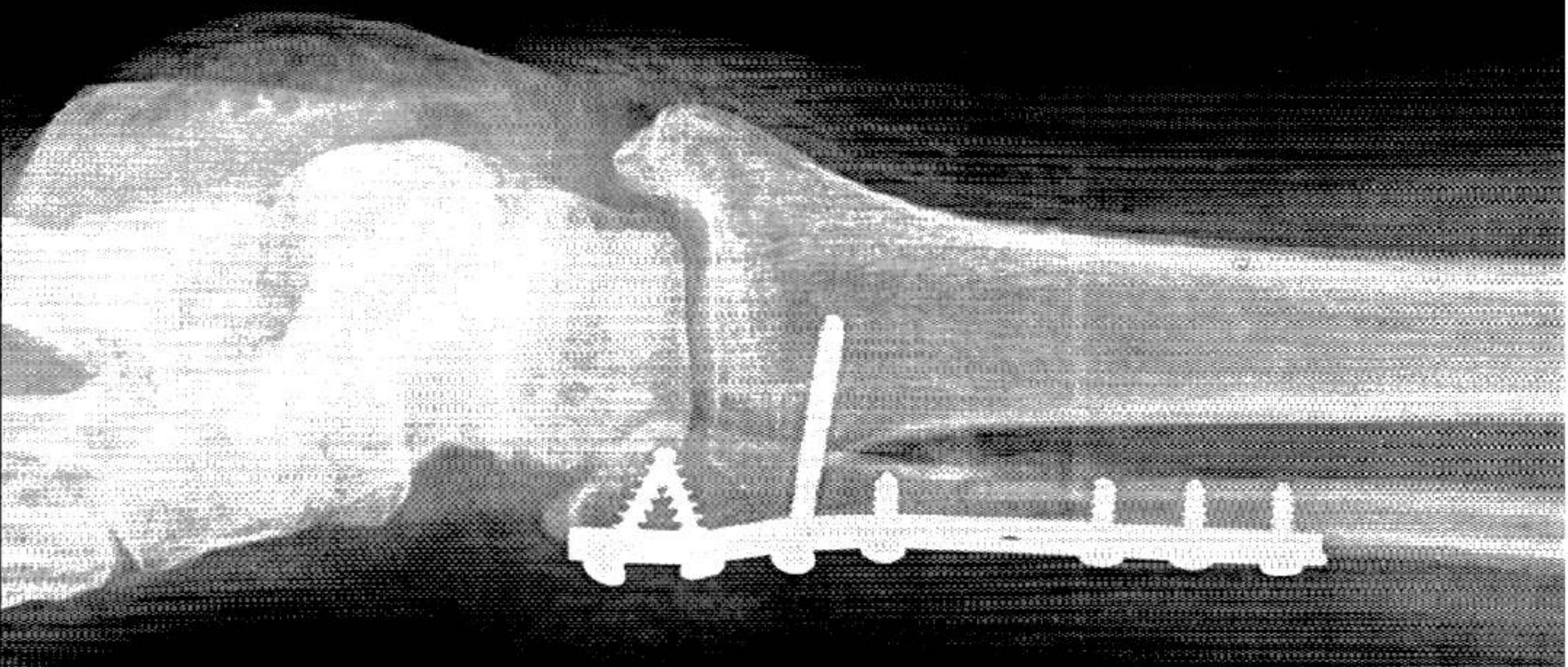
MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

$$1.1 \times 10^{-2} \text{ g/L} = 11.7 \text{ mmol/L}$$

1. *Staphylococcus aureus*

2000

Greidone S. A.
C/O B. E. G. 1993
CORREIO 187.876 - TE



NEILA FRANCO

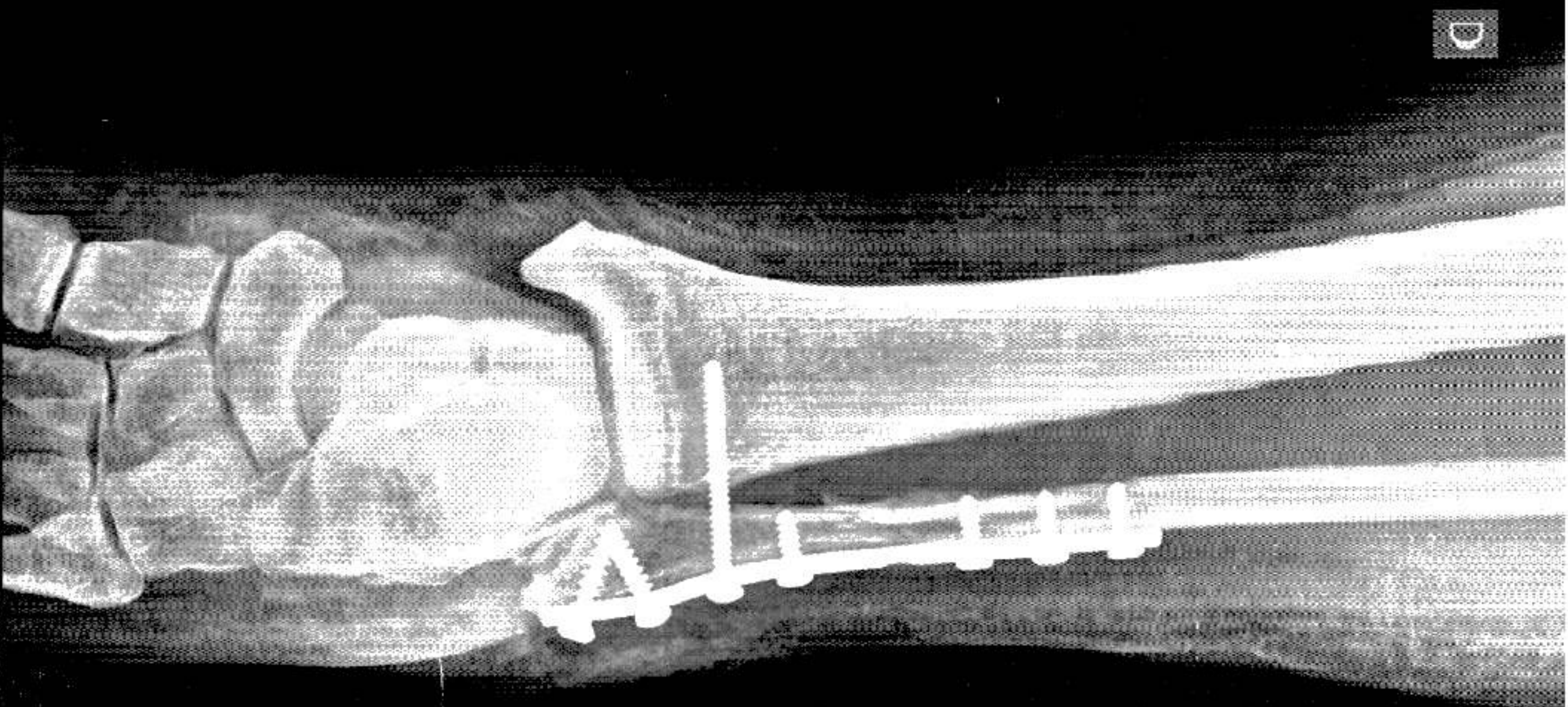
14182

HOSPITAL CORONEL MOTA

05/12/2018

Cloudoaldo

82,5 %



D

61.1 %

, NEILA FRANCO RIVAS

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

15/8/2018 12:06:35

X



61.2 %

TRINASCIMENTO/ ED DORILENE

15/8/2018 12:06:35

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



Polegar Direito



Neida Franco Ruas

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

150515

DATA DE
EXPEDIÇÃO

29/10/2008

NOME

NEILA FRANCO RIVAS

FILIAÇÃO

ARLINDO GAMA RIVAS

ADEMILDES SABINO FRANCO

NATURALIDADE

BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO

04/11/1977

DOC. ORIGEM

CERTD NASC 16.088 FLS 249 V LIV A 13

BOA VISTA - RR

CPF

602.636.952-04

2 VIA

Rita de Cássia Coelho de Araújo
Diretora do IIX

P 1

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200256747 **Cidade:** Mucajaí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NEILA FRANCO RIVAS **Data do acidente:** 05/08/2018 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MALEOLO LATERAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.2,7,9)
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um 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: 3200256747 **Cidade:** Mucajaí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NEILA FRANCO RIVAS **Data do acidente:** 05/08/2018 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MALEOLO LATERAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.2,7,9)
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO
ESQUERDO

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0202157/20

Vítima: NEILA FRANCO RIVAS

CPF: 602.636.952-04

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 05/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: NEILA FRANCO RIVAS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

NEILA FRANCO RIVAS : 602.636.952-04

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: 20/07/2020
Nome: NEILA FRANCO RIVAS
CPF: 602.636.952-04

NEILA FRANCO RIVAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/07/2020
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA
CPF: 432.858.722-68

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA