
Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200080563

Vítima: ELILDE ALVES DOS SANTOS

Data do Acidente: 23/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANGELA NUNES MASULLO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELILDE ALVES DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 06 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200080563

Vítima: ELILDE ALVES DOS SANTOS

Data do Acidente: 23/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANGELA NUNES MASULLO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELILDE ALVES DOS SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: ELILDE ALVES DOS SANTOS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 341

Agência: 000008526

Conta: 0000017601-4

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

449.519.732-00

ELILDE ALVES DOS SANTOS

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

5 - Nome completo:

ELILDE ALVES DOS SANTOS

6 - CPF:

449.519.732-00

7 - Profissão:

VIGILANTE

8 - Endereço:

RUA - S-33

9 - Número:

3474

10 - Complemento:

11 - Bairro:

SENADOR HELIO CHAMPOS

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.316-606

15 - E-mail:

RECUSOU

16 - Tel.(DDD):

95158122-7634

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR☐ R\$1.00 A R\$1.000,00☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00☐ SEM RENDA☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO ITAÚ

AGÊNCIA: 8526

CONTA: 37603

4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (no Civil)☐ Divorciado☐ Separado Judicialmente☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vainascer)?

☐ Sim☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA/RR 17/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041364/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 20/12/2019 11:07 Data/Hora Fim: 20/12/2019 11:19
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP/PM serie J nº 811341 Data: 23/11/2019
Delegado de Polícia: Douglas Gabriel da Cruz

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 23/11/2019 20:45 (Data Aproximada)

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: Rua. Cezar Nogueira Junior Cruzamento c/ Rua Prof. Helcio Carlos

Complemento: via pública

Ponto de Referência: cruzamento

Tipo do Local: Via Pública

Bairro: Santa Luzia

Nº: cruzamento

Natureza

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Meio(s) Empregado(s)

Veículo

Motivação

Não definido

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ELILDE ALVES DOS SANTOS (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Idade 47

Profissão: Vigilante

Estado Civil: Casado(a)

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 449.519.732-00

RG - Carteira de Identidade: 2613183

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua. S-33

Nº: 1474

Bairro: SENADOR Helio campos

Telefone: (95) 99112-7299 (Celular)

Nome Civil: ANA LUCIA DE DE ALVES DE OLIVEIRA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Idade 40

Estado Civil: Casado(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua. S-33

Nº: 1474

Bairro: Senador Hélio Campos

Telefone: (95) 99112-7299 (Celular)

Nome Civil: MYCAELA ROCHA DE SOUZA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Idade 22

Profissão: Estudante





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041364/2019-A01

Estado Civil: Solteiro(a)

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 031.882.082-00

RG - Carteira de Identidade: 492737-7

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua, Vicente Figueira de Melo.

Bairro: cambará

Telefone: (95) 99184-5257 (Celular)

Nº: 57

Nome Civil: RAIMUNDO NONATO SILVA (COMUNICANTE, PROCURADOR)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: MA - Vargem Grande

Sexo: Masculino

Nasc: 15/09/1968

Profissão: Operador de Máquina

Escolaridade: Ensino Médio Completo

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Vangelina Pereira Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 357035-5

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 475.628.463-91

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: 05

Complemento: Casa

Bairro: Cidade Satélite

Telefone: (95) 99114-4021 (Celular)

Nº: 121

Razão Social: POLICIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Representante: Everton Brasil

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 449.519.732-00

Placa NAU-6027

Renavam 01057389754

Número do Motor HC14E2F018650

Número do Chassi 9C2HC1420FR018650

Ano/Modelo Fabricação 2015/2015

Cor PRETA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/BIZ 100 ES

Modelo HONDA/BIZ 100 ES

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido, Meio Empregado

Nome Envolvido

Envolvimentos

Eliide Alves dos Santos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Senhor delegado (a), compareceu nesta unidade de polícia a VTR-010 da CIPITUR, na data e hora as 20h45mn, para entregar um Boletim de Ocorrência de acidente de trânsito com vítima e danos materiais, que informa que a vítima no endereço a cima citado, onde segundo informações das partes que conduzia o veículo, pela Rua Cerza Nogueira Júnior, sentido

Delegado de Polícia Civil: Douglas Gabriel da Cruz
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 20/12/2019 11:19
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 3



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

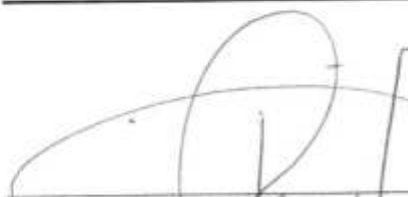
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041364/2019-A01

quando na altura do cruzamento com Rua Professor Hélio Carlos colidiu Frontal com a porção Lateral do 2V2, que trafegava no endereço supracitado sentido > Rua N11, a item 2032 estava na condição de Passageira do item 2012, (Elilde) e A item 2032 (Ana Lucia) foram conduzida até ao PSE ambas com escoriações pelo Corpo e provavelmente fratura de Fêmur, na perna Esquerda do item 2012 (ELILDE), que a item 22 se queixava de dores no Tórax, foram todos removido ao PSE, por Familiares, a Perícia este no local e se presente o perito Jacy, o V1 foi liberado ao senhor Higor Alves dos Santos, portador da CNH nº 07196471008, e o 2V-22, também foi liberado no local ao Sr. Ambrósio Pereira de Sousa. Portador da CNH nº 00821645205 não houve procedimento Administrativos. Eram o que tem a relatar.

O COMUNICANTE SENHOR RAIMUNDO QUE É PROCURADOR (CÓPIA ANEXA), DA VÍTIMA ELILDE COMPARECEU NESTA DELEGACIA, PARA ADITAR ESSE BOLETIM DE OCORRÊNCIA PARA FINS DE SEGURO DPVAT. O QUE FOI FEITO ACIMA. É o aditamento/acréscimo.

ASSINATURAS


Jefferson Inácio Araújo
Agente de Polícia
Matrícula 42000908
Responsável pelo Atendimento




Raimundo Nonato Silva
(Comunicante / Procurador)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assinadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 309-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Vtr CIPTUR 010	SUCo CIPTUR	Data 23/11/19	S/Setor OESTE	H/Transm 13:10	H/Ini 13:10	CH/H 13:20	H/Fim 15:30	
Cód. Oc. 1001/1003	Cód. Prov. 13999/13006	Cód. Ser. Prest. XXXXXXXX	Km/Ini 2802	Km/Fim 2815				

LOCAL DE OCORRÊNCIA

RUA CEZAR NOGUEIRA JUNIOR CRUZAMENTO

LOCAL COM RUA PROFESSOR HELCIO CARLOS

Bairro: SANTA LUZIA

Refs.: CRUZAMENTO

PESSOAS RELACIONADAS

1	ENVOLVIDO	Nome: ELILDE ALVES DOS SANTOS	Idade: 47	E. Civil: CASADO
Endereço: RUA S33, Nº 1474, BAIRRO: SENADOR HELIO CAMPOS				
Edt. R.G. 2613183-PA		CNH 34047472880	PROF. VIGILANTE	
CPF 44951973200		TEL 991127299		
2	ENVOLVIDO	Nome: MYCAELA ROCHA DE SOUZA	Idade: 22	E. Civil: SOLTEIRA
Endereço: RUA VICENTE FIGUEIRA DE MELO, Nº 57, BAIRRO: CAMBARÁ				
Edt. R.G. 4297377-RR		CNH 06741905732	Profissão: ESTUDANTE	
CPF 03188208200		TEL 991845257		
3	PASSAGEIRA	Nome: ANA LUCIA ALVES DE OLIVEIRA	Idade: 40	E. Civil: CASADA
Endereço: RUA S33, Nº 1474, BAIRRO: SENADOR HELIO CAMPOS				
Edt. R.G. 189529-RR		CNH XXXXXXXXXXXXX	Profissão: XXXXXXXXXXXXXXXXX	
CPF XXXXXXXXXXXXXXXXX		TEL 991127299		

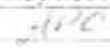
VEICULOS ENVOLVIDOS E DANOS

V1 HONDA/BIZ DE COR PRETA E PLACA NAU-6027 DANOS CONFORME PERICIA.

V2 CHEVOLET/COBALT DE COR VERDE E PLACA HOL-7462 DANOS CONFORME PERICIA.

MATERIAIS APREENDIDOS

RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO (S): Não houve conduzidos e/ou apreendidos.

ASSINATURA  CARGO  LOCAL 

Senhor (a) Delegado (a),

HISTÓRICO

FOMOS ACIONADOS VIA CIOPS PARA ATENDER UMA OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS E VITIMA NO ENDEREÇO ACIMA CITADO, ONDE SEGUNDO INFORMAÇÕES DOS ITENS 01 E 02, O SRº ELILDE ALVES DOS SANTOS (ITEM 01), CONDUZIA O "V1" PELA RUA CEZAR NOGUEIRA JUNIOR, SENTIDO BAIRRO>CENTRO, QUANDO NA ALTURA DO CRUZAMENTO COM RUA PROFESSOR HELCIO CARLOS, COLIDIU FRONTALMENTE COM A PORÇÃO LATERAL DO "V2", CONDUZIDO PELA SRº MYCAELA ROCHA DE SOUZA ITEM 02 QUE TRAFEGAVA PELA RUA PROFESSOR HELCIO CARLOS, SENTIDO> RUA N11, A ITEM 03 ESTAVA NA CONDIÇÃO DE PASSAGEIRA NO V1. AS EQUIPES DO SAMU E BOMBEIROS ESTIVERAM NO LOCAL E REMOVERAM O ITEM 01 (ELILDE) E A ITEM 03 (ANA LUCIA) ATÉ O PSE AMBOS COM ESCORIAÇÕES PELO CORPO E PROVAVEL FRATURA DE FEMUR NA PERNA ESQUERDA DO ITEM 01 (ELILDE). A ITEM 02 (MYCAELA) APÓS SE QUEIXAR DE DORES NO TORAX, FOI REMOVIDA AO PSE POR FAMILIARES. INFORMO AINDA QUE NO CRUZAMENTO DO SINISTRO NÃO HÁ SINALIZAÇÃO VERTICAL NEM HORIZONTAL. A PERICIA ESTEVE NO LOCAL E SE FEZ PRESENTE O PERITO JACY. O V1 FOI LIBERADO AO SRº HIGOR ALVES DOS SANTOS PORTADOR DA CNH: 07196471008 E O V2 FOI LIBERADO AO SRº AMBROSIO PEREIRA DE SOUZA PORTADOR DA CNH: 06821845205, NÃO HOUVE PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS.

ERA O QUE TINHA A RELATAR.

EVERSON BRASIL

41.204-0

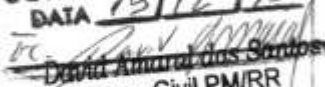
CADASTRO

SD PM

Posto/Gratuação

CIPTUR

SUOp

POLÍCIA MILITAR - RR
CPC-P2-P3
CONFERE COM ORIGINAL
DATA 12/12/19
DC 
Func. Civil PM/RR
Mat. 044005222

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELILDE ALVES DOS SANTOS

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08526

CONTA: 000000017601-4

Autenticação:

F6A954C60BE548995E1CFF75D1BCDE3BE5ACD24E3B885E195776D2E80F2D88CB

CONTA Nº: 11/12/2019
VENCIMENTO: 11/12/2019
TÍTULOS: 463
TOTAL A PAGAR (R\$): 394,29
CPF: 00044951973200

DADOS DA LEITURA (KWH)	DADOS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 477,00	Atual: 07 01 00	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Anterior: 440,00	Anterior: 10 10 00	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 37	Próxima leitura: 01 01 00	Ligação: 01/01/01
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 00 01 00	Número Medidor: 118805467
Consumo médio: 12,62	Apresentação: 01 00	Forma de Faturamento: MENSAL
Consumo Faturado: 37		Modalidade: 11 1407842

CONSUMO	463 A R\$ 0,730088 =	361,18
MULTA POR ATRASO DE 1 09/19-00		0,76
JUROS DE HORA POR ATR 09/19-00		0,03
MULTA POR ATRASO 09/19-00		6,65
JUROS DE HORA DE 11/19-00		0,44
ILUMINACAO PUBLICA		25,23



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

PRESTADOR PÚBLICO: ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA PÚBLICA. ATÉ 30/11, TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO 2,12% ANUAL - RESOLUÇÃO ANEEL N. 2.634 DE 29.10.2019. LIGUE 0800191912 E ENCHA O CASH VENCIMENTO 16 11 16 21 26. Importante! Até o dia 05/11/2019, não constavam faturas vencidas nesta Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO																											
COMPOSIÇÃO DA COTA FISCAL																											
Energia:	Encargos:																										
Transmissão:	Tributos:																										
17,00	18,50																										
35,50	35,50																										
<table border="1"> <tr> <th colspan="4">IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$</th> </tr> <tr> <th>Base de Cálculo:</th> <th>ALÍQUOTA</th> <th>VALOR</th> <th></th> </tr> <tr> <td>ICMS:</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PS:</td> <td>17,00%</td> <td>61,40</td> <td></td> </tr> <tr> <td>COPINS:</td> <td>0,27%</td> <td>1,26</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>62,66</td> <td></td> </tr> </table>				IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$				Base de Cálculo:	ALÍQUOTA	VALOR		ICMS:				PS:	17,00%	61,40		COPINS:	0,27%	1,26				62,66	
IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$																											
Base de Cálculo:	ALÍQUOTA	VALOR																									
ICMS:																											
PS:	17,00%	61,40																									
COPINS:	0,27%	1,26																									
		62,66																									
INDICADORES DE CONTINUIDADE																											
	12M			12M			12M																				
	Índice	Trimestral	Anual	Índice	Trimestral	Anual	Índice	Trimestral	Anual																		
Índice																											
Realidade	8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82																				
Conjunta	0,00			0,00			0,00																				

DISTRITO: 09/2019
SEU CÓDIGO: 0075842-6
TOTAL A PAGAR - R\$: 142,39
MÊS FATURADO: 11/2019
VENCIMENTO: 11/12/2019
Nº da Nota Fiscal: 3984036

RODAIMA ENERGIA
DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RODAIMA
Av. Capitão Ené Garcia, 591 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 Insc. Estadual: 24.007.022-3

83660000003 5 94290075000 4 000000000075 2 84261119008 8

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu ROSÂNGELA NUNES MASULLO inscrito (a) no CPF 321.801.442 / 53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ELIDE ALVES DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 449.519.732 / 00, do sinistro de DPVAT cobertura 2 DMS da Vítima ELIDE ALVES DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 449.519.732 / 00, 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. MANOEL FELIPE</u>		Número <u>1467</u>	Complemento
Bairro <u>ASA BRANCA</u>	Cidade <u>BOM VISTO</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.308-170</u>
Email <u>ZANZA MASULLO@HOTMAIL.COM</u>	Telefone comercial(DDD) <u>95/98122-7634</u>	Telefone celular (DDD) <u>99/58-4307</u>	

Bom Vista, RR, 13 de Janeiro de 2020

Local e Data

Rosângela Nunes Masullo
Assinatura do Declarante

 Sistema Ministério União de da Saúde Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE BLOCO D		2 - CNPJ 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO RESPONSÁVEL	
Identificação do Paciente 4 - NOME DO PACIENTE Edson Alves dos Santos		5 - Nº DO PRONTUÁRIO 177059	
6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 7 - DATA DE NASCIMENTO 5/9/73		8 - SEXO Masculino ☒ Feminino ☐	
9 - NOME DA VULGARIZADA Amadeus Alves de Sousa		10 - ESTIMATIVA DE CUSTAS 1599,28	
11 - ENDEREÇO (RUA Nº, BAIRRO) Rua S.33 1474 Sen. Heliô Campos		12 - CID 140000 RR	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Boa Vista		14 - CID DO MUNICÍPIO 140000 RR	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
15 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS paciente refere dor no barrigão, apresenta febre em dia 28/11/19			
16 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Do Abdomen			
17 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Rx + exame físico			
18 - CID PRINCIPAL 00			
19 - CID SECUNDÁRIO 00			
20 - CID DE CAUSAS ASSOCIADAS 00			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
21 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Exatoma			
22 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
23 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
24 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
25 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
26 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
27 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
28 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
29 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
30 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
31 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
32 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
33 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
34 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
35 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
36 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
37 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
38 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
39 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
40 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
41 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
42 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
43 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
44 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
45 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
46 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
47 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
48 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
49 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
50 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
51 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
52 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
53 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
54 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
55 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
56 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
57 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
58 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
59 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
60 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
61 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
62 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
63 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
64 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
65 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
66 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
67 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
68 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
69 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
70 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
71 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
72 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
73 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
74 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
75 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
76 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
77 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
78 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
79 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
80 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
81 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
82 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
83 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
84 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
85 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
86 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
87 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
88 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
89 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
90 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
91 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
92 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
93 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
94 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
95 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
96 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
97 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
98 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
99 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			
100 - NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Exatoma			

Aihap - 0408050098

401-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE: <i>Elaine Alves do Santos</i>					
AGNOSTICAR: <i>12/12/19</i>					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	DATA: <i>23/12/19</i>		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	SF 0.9% 500ML EV 8/H				SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				<i>18:00 - 24:00 - 06:00 - 12:00</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				<i>06:00</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
7	NARBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				SN
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H				<i>14:00 - 06:00 - 12:00</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H 6/H				<i>08:00</i>
10	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H				<i>08:00</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				<i>08:00</i>
12					
13	<i>Paracetamol 400mg SC 1x/6h</i>				<i>18:00</i>
14	<i>Fisalis 200mg SC 1x/12h</i>				<i>08:00</i>
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
17	SSVM + CCBS 6/6 H				
18	CURATIVO DIÁRIO				
19					
20					
21					

SE DIABÉTICO: CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
 200-250; 251-300; 301-350; 351-400; 401-450; 451-500; 501-550; 551-600; 601-650; 651-700; 701-750; 751-800; 801-850; 851-900; 901-950; 951-1000; 1001-1100; 1101-1200; 1201-1300; 1301-1400; 1401-1500; 1501-1600; 1601-1700; 1701-1800; 1801-1900; 1901-2000; 2001-2100; 2101-2200; 2201-2300; 2301-2400; 2401-2500; 2501-2600; 2601-2700; 2701-2800; 2801-2900; 2901-3000; 3001-3100; 3101-3200; 3201-3300; 3301-3400; 3401-3500; 3501-3600; 3601-3700; 3701-3800; 3801-3900; 3901-4000; 4001-4100; 4101-4200; 4201-4300; 4301-4400; 4401-4500; 4501-4600; 4601-4700; 4701-4800; 4801-4900; 4901-5000; 5001-5100; 5101-5200; 5201-5300; 5301-5400; 5401-5500; 5501-5600; 5601-5700; 5701-5800; 5801-5900; 5901-6000; 6001-6100; 6101-6200; 6201-6300; 6301-6400; 6401-6500; 6501-6600; 6601-6700; 6701-6800; 6801-6900; 6901-7000; 7001-7100; 7101-7200; 7201-7300; 7301-7400; 7401-7500; 7501-7600; 7601-7700; 7701-7800; 7801-7900; 7901-8000; 8001-8100; 8101-8200; 8201-8300; 8301-8400; 8401-8500; 8501-8600; 8601-8700; 8701-8800; 8801-8900; 8901-9000; 9001-9100; 9101-9200; 9201-9300; 9301-9400; 9401-9500; 9501-9600; 9601-9700; 9701-9800; 9801-9900; 9901-10000; 10001-10100; 10101-10200; 10201-10300; 10301-10400; 10401-10500; 10501-10600; 10601-10700; 10701-10800; 10801-10900; 10901-11000; 11001-11100; 11101-11200; 11201-11300; 11301-11400; 11401-11500; 11501-11600; 11601-11700; 11701-11800; 11801-11900; 11901-12000; 12001-12100; 12101-12200; 12201-12300; 12301-12400; 12401-12500; 12501-12600; 12601-12700; 12701-12800; 12801-12900; 12901-13000; 13001-13100; 13101-13200; 13201-13300; 13301-13400; 13401-13500; 13501-13600; 13601-13700; 13701-13800; 13801-13900; 13901-14000; 14001-14100; 14101-14200; 14201-14300; 14301-14400; 14401-14500; 14501-14600; 14601-14700; 14701-14800; 14801-14900; 14901-15000; 15001-15100; 15101-15200; 15201-15300; 15301-15400; 15401-15500; 15501-15600; 15601-15700; 15701-15800; 15801-15900; 15901-16000; 16001-16100; 16101-16200; 16201-16300; 16301-16400; 16401-16500; 16501-16600; 16601-16700; 16701-16800; 16801-16900; 16901-17000; 17001-17100; 17101-17200; 17201-17300; 17301-17400; 17401-17500; 17501-17600; 17601-17700; 17701-17800; 17801-17900; 17901-18000; 18001-18100; 18101-18200; 18201-18300; 18301-18400; 18401-18500; 18501-18600; 18601-18700; 18701-18800; 18801-18900; 18901-19000; 19001-19100; 19101-19200; 19201-19300; 19301-19400; 19401-19500; 19501-19600; 19601-19700; 19701-19800; 19801-19900; 19901-20000; 20001-20100; 20101-20200; 20201-20300; 20301-20400; 20401-20500; 20501-20600; 20601-20700; 20701-20800; 20801-20900; 20901-21000; 21001-21100; 21101-21200; 21201-21300; 21301-21400; 21401-21500; 21501-21600; 21601-21700; 21701-21800; 21801-21900; 21901-22000; 22001-22100; 22101-22200; 22201-22300; 22301-22400; 22401-22500; 22501-22600; 22601-22700; 22701-22800; 22801-22900; 22901-23000; 23001-23100; 23101-23200; 23201-23300; 23301-23400; 23401-23500; 23501-23600; 23601-23700; 23701-23800; 23801-23900; 23901-24000; 24001-24100; 24101-24200; 24201-24300; 24301-24400; 24401-24500; 24501-24600; 24601-24700; 24701-24800; 24801-24900; 24901-25000; 25001-25100; 25101-25200; 25201-25300; 25301-25400; 25401-25500; 25501-25600; 25601-25700; 25701-25800; 25801-25900; 25901-26000; 26001-26100; 26101-26200; 26201-26300; 26301-26400; 26401-26500; 26501-26600; 26601-26700; 26701-26800; 26801-26900; 26901-27000; 27001-27100; 27101-27200; 27201-27300; 27301-27400; 27401-27500; 27501-27600; 27601-27700; 27701-27800; 27801-27900; 27901-28000; 28001-28100; 28101-28200; 28201-28300; 28301-28400; 28401-28500; 28501-28600; 28601-28700; 28701-28800; 28801-28900; 28901-29000; 29001-29100; 29101-29200; 29201-29300; 29301-29400; 29401-29500; 29501-29600; 29601-29700; 29701-29800; 29801-29900; 29901-30000; 30001-30100; 30101-30200; 30201-30300; 30301-30400; 30401-30500; 30501-30600; 30601-30700; 30701-30800; 30801-30900; 30901-31000; 31001-31100; 31101-31200; 31201-31300; 31301-31400; 31401-31500; 31501-31600; 31601-31700; 31701-31800; 31801-31900; 31901-32000; 32001-32100; 32101-32200; 32201-32300; 32301-32400; 32401-32500; 32501-32600; 32601-32700; 32701-32800; 32801-32900; 32901-33000; 33001-33100; 33101-33200; 33201-33300; 33301-33400; 33401-33500; 33501-33600; 33601-33700; 33701-33800; 33801-33900; 33901-34000; 34001-34100; 34101-34200; 34201-34300; 34301-34400; 34401-34500; 34501-34600; 34601-34700; 34701-34800; 34801-34900; 34901-35000; 35001-35100; 35101-35200; 35201-35300; 35301-35400; 35401-35500; 35501-35600; 35601-35700; 35701-35800; 35801-35900; 35901-36000; 36001-36100; 36101-36200; 36201-36300; 36301-36400; 36401-36500; 36501-36600; 36601-36700; 36701-36800; 36801-36900; 36901-37000; 37001-37100; 37101-37200; 37201-37300; 37301-37400; 37401-37500; 37501-37600; 37601-37700; 37701-37800; 37801-37900; 37901-38000; 38001-38100; 38101-38200; 38201-38300; 38301-38400; 38401-38500; 38501-38600; 38601-38700; 38701-38800; 38801-38900; 38901-39000; 39001-39100; 39101-39200; 39201-39300; 39301-39400; 39401-39500; 39501-39600; 39601-39700; 39701-39800; 39801-39900; 39901-40000; 40001-40100; 40101-40200; 40201-40300; 40301-40400; 40401-40500; 40501-40600; 40601-40700; 40701-40800; 40801-40900; 40901-41000; 41001-41100; 41101-41200; 41201-41300; 41301-41400; 41401-41500; 41501-41600; 41601-41700; 41701-41800; 41801-41900; 41901-42000; 42001-42100; 42101-42200; 42201-42300; 42301-42400; 42401-42500; 42501-42600; 42601-42700; 42701-42800; 42801-42900; 42901-43000; 43001-43100; 43101-43200; 43201-43300; 43301-43400; 43401-43500; 43501-43600; 43601-43700; 43701-43800; 43801-43900; 43901-44000; 44001-44100; 44101-44200; 44201-44300; 44301-44400; 44401-44500; 44501-44600; 44601-44700; 44701-44800; 44801-44900; 44901-45000; 45001-45100; 45101-45200; 45201-45300; 45301-45400; 45401-45500; 45501-45600; 45601-45700; 45701-45800; 45801-45900; 45901-46000; 46001-46100; 46101-46200; 46201-46300; 46301-46400; 46401-46500; 46501-46600; 46601-46700; 46701-46800; 46801-46900; 46901-47000; 47001-47100; 47101-47200; 47201-47300; 47301-47400; 47401-47500; 47501-47600; 47601-47700; 47701-47800; 47801-47900; 47901-48000; 48001-48100; 48101-48200; 48201-48300; 48301-48400; 48401-48500; 48501-48600; 48601-48700; 48701-48800; 48801-48900; 48901-49000; 49001-49100; 49101-49200; 49201-49300; 49301-49400; 49401-49500; 49501-49600; 49601-49700; 49701-49800; 49801-49900; 49901-50000; 50001-50100; 50101-50200; 50201-50300; 50301-50400; 50401-50500; 50501-50600; 50601-50700; 50701-50800; 50801-50900; 50901-51000; 51001-51100; 51101-51200; 51201-51300; 51301-51400; 51401-51500; 51501-51600; 51601-51700; 51701-51800; 51801-51900; 51901-52000; 52001-52100; 52101-52200; 52201-52300; 52301-52400; 52401-52500; 52501-52600; 52601-52700; 52701-52800; 52801-52900; 52901-53000; 53001-53100; 53101-53200; 53201-53300; 53301-53400; 53401-53500; 53501-53600; 53601-53700; 53701-53800; 53801-53900; 53901-54000; 54001-54100; 54101-54200; 54201-54300; 54301-54400; 54401-54500; 54501-54600; 54601-54700; 54701-54800; 54801-54900; 54901-55000; 55001-55100; 55101-55200; 55201-55300; 55301-55400; 55401-55500; 55501-55600; 55601-55700; 55701-55800; 55801-55900; 55901-56000; 56001-56100; 56101-56200; 56201-56300; 56301-56400; 56401-56500; 56501-56600; 56601-56700; 56701-56800; 56801-56900; 56901-57000; 57001-57100; 57101-57200; 57201-57300; 57301-57400; 57401-57500; 57501-57600; 57601-57700; 57701-57800; 57801-57900; 57901-58000; 58001-58100; 58101-58200; 58201-58300; 58301-58400; 58401-58500; 58501-58600; 58601-58700; 58701-58800; 58801-58900; 58901-59000; 59001-59100; 59101-59200; 59201-59300; 59301-59400; 59401-59500; 59501-59600; 59601-59700; 59701-59800; 59801-59900; 59901-60000; 60001-60100; 60101-60200; 60201-60300; 60301-60400; 60401-60500; 60501-60600; 60601-60700; 60701-60800; 60801-60900; 60901-61000; 61001-61100; 61101-61200; 61201-61300; 61301-61400; 61401-61500; 61501-61600; 61601-61700; 61701-61800; 61801-61900; 61901-62000; 62001-62100; 62101-62200; 62201-62300; 62301-62400; 62401-62500; 62501-62600; 62601-62700; 62701-62800; 62801-62900; 62901-63000; 63001-63100; 63101-63200; 63201-63300; 63301-63400; 63401-63500; 63501-63600; 63601-63700; 63701-63800; 63801-63900; 63901-64000; 64001-64100; 64101-64200; 64201-64300; 64301-64400; 64401-64500; 64501-64600; 64601-64700; 64701-64800; 64801-64900; 64901-65000; 65001-65100; 65101-65200; 65201-65300; 65301-65400; 65401-65500; 65501-65600; 65601-65700; 65701-65800; 65801-65900; 65901-66000; 66001-66100; 66101-66200; 66201-66300; 66301-66400; 66401-66500; 66501-66600; 66601-66700; 66701-66800; 66801-66900; 66901-67000; 67001-67100; 67101-67200; 67201-67300; 67301-67400; 67401-67500; 67501-67600; 67601-67700; 67701-67800; 67801-67900; 67901-68000; 68001-68100; 68101-68200; 68201-68300; 68301-68400; 68401-68500; 68501-68600; 68601-68700; 68701-68800; 68801-68900; 68901-69000; 69001-69100; 69101-69200; 69201-69300; 69301-69400; 69401-69500; 69501-69600; 69601-69700; 69701-69800; 69801-69900; 69901-70000; 70001-70100; 70101-70200; 70201-70300; 70301-70400; 70401-70500; 70501-70600; 70601-70700; 70701-70800; 70801-70900; 70901-71000; 71001-71100; 71101-71200; 71201-71300; 71301-71400; 71401-71500; 71501-71600; 71601-71700; 71701-71800; 71801-71900; 71901-72000; 72001-72100; 72101-72200; 72201-72300; 72301-72400; 72401-72500; 72501-72600; 72601-72700; 72701-72800; 72801-72900; 72901-73000; 73001-73100; 73101-73200; 73201-73300; 73301-73400; 73401-73500; 73501-73600; 73601-73700; 73701-73800; 73801-73900; 73901-74000; 74001-74100; 74101-74200; 74201-74300; 74301-74400; 74401-74500; 74501-74600; 74601-74700; 74701-74800; 74801-74900; 74901-75000; 75001-75100; 75101-75200; 75201-75300; 75301-75400; 75401-75500; 75501-75600; 75601-75700; 75701-75800; 75801-75900; 75901-76000; 76001-76100; 76101-76200; 76201-76300; 76301-76400; 76401-76500; 76501-76600; 76601-76700; 76701-76800; 76801-76900; 76901-77000; 77001-77100; 77101-77200; 77201-77300; 77301-77400; 77401-77500; 77501-77600; 77601-77700; 77701-77800; 77801-77900; 77901-78000; 78001-78100; 78101-78200; 78201-78300; 78301-78400; 78401-78500; 78501-78600; 78601-78700; 78701-78800; 78801-78900; 78901-79000; 79001-79100; 79101-79200; 79201-79300; 79301-79400; 79401-79500; 79501-79600; 79601-79700; 79701-79800; 79801-79900; 79901-80000; 80001-80100; 80101-80200; 80201-80300; 80301-80400; 80401-80500; 80501-80600; 80601-80700; 80701-80800; 80801-80900; 80901-81000; 81001-81100; 81101-81200; 81201-81300; 81301-81400; 81401-81500; 81501-81600; 81601-81700; 81701-81800; 81801-81900; 81901-82000; 82001-82100; 82101-82200; 82201-82300; 82301-82400; 82401-82500; 82501-82600; 82601-82700; 82701-82800; 82801-82900; 82901-83000; 83001-83100; 83101-83200; 83201-83300; 83301-83400; 83401-83500; 83501-83600; 83601-83700; 83701-83800; 83801-83900; 83901-84000; 84001-84100; 84101-84200; 84201-84300; 84301-84400; 84401-84500; 84501-84600; 84601-84700; 84701-84800; 84801-84900; 84901-85000; 85001-85100; 85101-85200; 85201-85300; 853

401-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
HCR					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	DIH	23/11/2019	DN	05/09/1973	
PACIENTE	ELILDE ALVES DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA DIAFISÁRIA DE FEMUR ESQ				
ALERGIAS	HAS	DM2			
IDADE	46	LEITO	401-2	DATA	24/11/2019
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL HIPERPROTEICA				Su
2	AVP				Mora
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 8/8H				12:20
4	CIPROFLOXACINA 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H				03:20
5	DIPYRIDNA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H S/N				Su
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				06
7	PLASIL 30MG EV 8/8H S/N				Su
8	TRAMAL 100MG + SER 0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				Su
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				Su 2h
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				Su
11	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
12	SSVV + CCGG 6/6H				Reforma
13	GLEXANE 40MG SC 1 X AO DIA				1h
14	SONDA VESICAL DE ALÍVIO				Ciente
15					
16	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGUI AR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 8UI; 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, LEVE SANGRAMENTO POR FO
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEIRADO PULMÔNICO
NORMOCORADO, HIDRATADO
PREVISÃO: NAO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
AV. BAC. F. S. GOMES, S/N
RUA PIAUI - M. D. J. 111-0000
ALTO ALEGRE - RR
01.11.2019
Dr. Augusto Cavalcante

Dr. Odineia Oliveira
Médico
CRM-RR 1964

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	108/62	119	20	35,5°C	
18 H	120/52	120	18	36°C	
24 H	98/65	118	20	36,2°C	

06 20x69 112 - 36°C

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

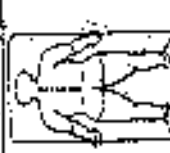
Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: Elisabete SantosLeito: 401-2Data: 24/11/18

Localização			Região: <u>MJ D</u>			Região:
Etiologia	☒ LPP I II III IV 7* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma ☒ Tração ☐ Fixador Externo ☐ Ortopedia ☐ Outro:		Grav: <u>I () II ()</u>			Grav: <u>I () II ()</u>
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
Pele Perifereira	☒ Normal ☐ Macerado ☐ Seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro:					☐ Normal ☐ Macerado ☐ Seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro:
Tipo de Exsudato	☐ Purulento ☐ Seroso ☒ Sanguinolento ☐ Serosanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:					☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serosanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:
Quantidade de Exsudato	☐ 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%
Cobertura primária	☒ 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
Profissional que realizou procedimento:	<u>Marcelina Miquelina</u>	<u>Marcelina Miquelina</u>				
Observações:						

Coordenadora de Saúde
Técnicas de Enfermagem
COREN-RR 258.153-7



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



DATA DE ADMISSÃO	DIH	23/11/2019	DN	
PACIENTE	ELILDE ALVES DOS SANTOS			
DIAGNÓSTICO	FRATURA DE FEMUR DIAFISÁRIO E			
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	LEITO	401-2	DATA	25/11/2019
ITEM				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			5h30
2	AVP			manhã
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO D 6/6H			12h 18h 24h 06h
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H			12h 18h 24h 06h
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H			12h 18h 24h 06h
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA			06h
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			
8	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II			SAV
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOIAS V.O 8/8 HRS S/N			
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
11	CURATIVO DIÁRIO			SAV
12	SSV + CEGG 6/6H			
13	CIPROFLOXACINA 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H			08h 20h
14	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA			16h
15	FOLHAS RUC. CLAR.			
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 DI/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MEDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, COM QUEIXAS ALGICAS.

#EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFÉBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRACÇÃO TRANSESQUELETICA ESQUERDA.

#PRE

Dr. Jesus A. Lopes Aguiar
CRM-RR 300

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	Tax	
12 H	120/69	109	18	36,4	
18 H	126/34	108	19	35,3	
24 H	108/62	100	19	37,8	

6.00 100x68 103 19 35,9°C



GOVERNO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE

PEDIDO DE PARCELA

UNIDADE: Elilde / 11-01 Santos
NOME: ELILIA ALVES DA SILVA
IDADE: 46 REGISTRO:
LOCAL: D ENFERMARIA: 401 LEITO: 02
TIPO: EMERGÊNCIA:

DE: ORTOM

PARA: CARDIOLOGIA

Dados Clínicos:

Paciente com história de fêmur fr.
Sobrecarga física crônica

25/11/11
Data

[Assinatura]
Assinatura

Risco Cardiovascular
Antecedentes: história de fratura de fêmur
HPP: hipertensão (omeprazol), meg. HbS, meg. DM, DSK?, Hb meg. DAC,
meg. anemia policr., meg. obesidade, Jansen cranioplastia e
cateterização.
At. exame: eufórico; sem febre
CV: RCR, 20, BVP e regios. FC 120 x 80 mmHg PA 100/60
RR: R.U.O., sem rales
ABD: globoso, timpânico - 4 dias sem evacuar
MM: sem edemas
Ed: D. Dext. lavada / dupl. D. Dext. infecc. Apesar de afil.
ECG (23/11): Taquicardia sinusal, FC 74 bpm
BAC (Colindol 250 mg)
LAB (23/11): SGT limit. 100
LAB (23/11): Hb 12.8 / Ht 37.5 / Pl. 470 / Cr 1.59 / Gl 168 / Ur 29 / Lp 0.77

401-2

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH		23/11/2019	
PACIENTE		ELILDE ALVES DOS SANTOS			
DIAGNÓSTICO		FRATURA DE FEMUR DIAFISÁRIO E			
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		401-2	
		DATA		26/11/2019	
ITEM					HORÁRIO
1. DIETA ORAL LIVRE <i>laetaria</i>					S.ves
2. A/P					<i>ma. 10h</i>
3. CLINDAMICINA 600MG EV OU VO D 6/6H					<i>19h 10h</i>
4. TILATIL 20MG EV DE 12/12H					<i>19h 10h</i>
5. DIBIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H					<i>19h 10h</i>
6. OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA					<i>19h 10h</i>
7. PLASIL 100MG EV 8/8H S/N					
8. TRAMAL 100MG + SFO 0,9% 100ML FV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR					
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. CURATIVO DIÁRIO					<i>curativo</i>
12. SSVV + CCGG 6/6H					<i>curativo</i>
13. CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H					<i>19h 10h</i>
14. CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA					<i>19h 10h</i>
15.					
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 ≥ 80% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, COM QUEIXAS ALGICAS. # EXAME FÍSICO: BFG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRAÇÃO TRANSESQUELETICA ESQUERDA. # PRC					
 Dr. Augusto Cavalcante CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
SINAIS VITAIS					
6 H	122x80	FO98	FR14	36°C	
12 H	124x76	108	-	35.3	
18 H	130x79	107	-	36.5	
24 H	129x89	111	14	36.5	

24:00h → Diurese = 1100ml
 06:00h → Diurese = 800ml

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

Data: ____/____/20 ____ Enfermaria: ____ Leito: ____

Nome Completo: ____ DN: ____/____/____

Resumo da Anamnese:

Precaução: ☐ Sim ☐ Não ☐ Padrão ☐ Contato ☐ Gotícula-aerossol ☐ Gotícula-percussão

Alérgico: ☐ Sim ☐ Não Qual(is): ____ Sexo: ☐ F ☐ M

Paciente Independente: ☐ Não ☐ Sim Necessidade de Interpretar: ☐ Sim ☐ Não Qual idioma: ____

Possui acompanhante: ☐ Sim ☐ Não Classe: ____

Desambulação: ☐ Normal ☐ Acamado ☐ Cadeira de rodas ☐ Comprometida

SISTEMA NEUROLÓGICO
☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Agitado ☐ Não Reage ☐ Alterações: ____

PULSAIS
☐ Normotensão ☐ Mióticas ☐ Múscula ☐ Afébril ☐ Fébril ☐ Hipotérmico
☐ Isotérmico ☐ Anisocoria ☐ Não reagentes ☐ Alterações: ____

SISTEMA RESPIRATÓRIO
☐ Eupneico ☐ Bradipneico ☐ Taquipneico ☐ Dispneico ☐ Ar ambiente ☐ Traqueostomia ☐ Aspiração
 Oxigenoterapia: ☐ Sim ☐ Não Qual: ____

SISTEMA CARDIOVASCULAR
☐ Normocárdica ☐ Bradicárdica ☐ Taquicárdica
☐ Pulso Glaxo ☐ Rítmica ☐ Arritmica
 Exame Físico: ☐ Bulhas Cardíacas ☐ Ruído ☐ Alterações: ____

SISTEMA URINÁRIO / DIURÉTICO
☐ Espontânea ☐ SVD ☐ Graude ☐ Úropoia
☐ Anória ☐ Oligúria ☐ Cistostomia
☐ Irradiação cefálica ☐ Outros: ____

REGULAÇÃO ABDOMINAL
☐ Normotensão ☐ Distendido ☐ Globoso
 Ruidos Hidráulicos: ☐ Presente ☐ Ausente
 Alterações: ____

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL
☐ VO ☐ SNG/SOG ☐ SNC/SOL ☐ GI
 Acaloria da dieta: ☐ Sim ☐ Não ☐ Parcial
 Evacuações: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Obstrução
 Alterações: ____

CARACTERÍSTICAS DA PIEL
☐ Hidratada ☐ Desidratada ☐ Permeável
☐ Normotérmica ☐ Local ☐ Anestésica
 Lesão por pressão: ☐ Sim ☐ Não Risco de Lesão: ____

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: ☐ Sim ☐ Não Local: ____ Data: ____ Troca em: ____/____/____

Cateter Central: ☐ Sim ☐ Não Local: ____ Curativo realizado em: ____ Troca em: ____/____/____

Sinais de Infecção no sítio de punção: ☐ Sim ☐ Não

Qrôm de: ____ Aspecto da secreção: ____ Quantidade: ____

Curativos: ☐ Sim ☐ Não Local: ____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

☐ Oligúria/Anúria	☐ Padrão respiratório inadequado	☐ Risco de Lesão por Pressão
☐ Risco de Infecção	☐ Ventilação espontânea prejudicada	☐ Risco de Queda
☐ Risco de alteração do equilíbrio ácido-base	☐ Mobilidade física prejudicada	☐ Risco de Broncoaspiração
☐ Risco de constipação	☐ Risco de integridade da pele prejudicada	☐ Eliminação urinária prejudicada
☐ Risco de desequilíbrio do volume	☐ Risco de desconforto na temperatura corporal	☐ Comunicação deficiente
☐ Volume de líquidos excessivo	☐ Padrão de sono prejudicado	
☐ Volume de líquidos deficiente	☐ Dificuldade de autocuidado para Higiene	

Escala de Morse
 1. Histórico de Queda: 0
 Não 0
 Sim 25
 2. Diagnóstico Secundário: 0
 Não 0
 Sim 25
 3. Terapia Endovenosa/Deposição subcutânea: 0
 Não 0
 Sim 25
 4. Auxílio na Desambulação: 0
 Nenhum/Acamado/Avaliado 0
 Ambula/Paralela/Avaliado 15
 Mobilidade Paralela 30
 5. Marcha/Desambulação: 0
 Normal/Sem auxílio/Paralela/Avaliado 0
 Com 10
 Comprometida/Comprometente 20

Prescrição de Educação Prev Delenda
☐ Manter grades laterais elevadas
☐ Identificar o risco de queda no gráfico de identificação
☐ Auxiliar o paciente na higiene
☐ Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama
☐ Manter oito em todas as situações
☐ Necessidade de monitorar a pele
☐ Manter vigilância de ____ horas
☐ Colocar o paciente no ____
☐ Material de uso pessoal ao alcance do paciente

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: ____

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR

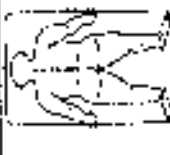
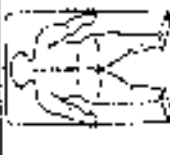
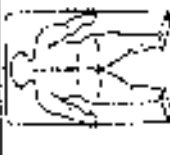
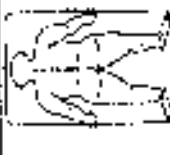
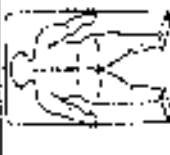
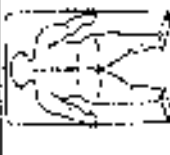
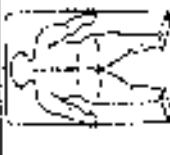
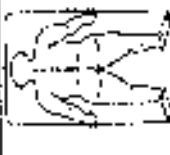
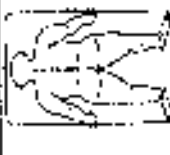
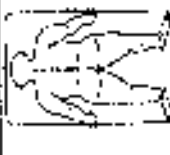
Protocolo nº 1

Versão 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: Edilene Alves PontesLeito: 401-2Data: 26/11/2019

Localização			Região: <u>M.E.</u>	Região: <u>Sobro D.</u>
Tipologia			Grav: <u>I</u> () <u>II</u> () <u>III</u> () <u>IV</u> () <u>V</u> () <u>VI</u> () <u>VII</u> () <u>VIII</u> () <u>IX</u> () <u>X</u> () <u>XI</u> () <u>XII</u> ()	Grav: <u>I</u> () <u>II</u> () <u>III</u> () <u>IV</u> () <u>V</u> () <u>VI</u> () <u>VII</u> () <u>VIII</u> () <u>IX</u> () <u>X</u> () <u>XI</u> () <u>XII</u> ()
Aparência do Leito			() <u>PP I</u> () <u>PP II</u> () <u>PP III</u> () <u>PP IV</u> () <u>PP V</u> () <u>PP VI</u> () <u>PP VII</u> () <u>PP VIII</u> () <u>PP IX</u> () <u>PP X</u> () <u>PP XI</u> () <u>PP XII</u> ()	() <u>PP I</u> () <u>PP II</u> () <u>PP III</u> () <u>PP IV</u> () <u>PP V</u> () <u>PP VI</u> () <u>PP VII</u> () <u>PP VIII</u> () <u>PP IX</u> () <u>PP X</u> () <u>PP XI</u> () <u>PP XII</u> ()
Pele Periférica			() <u>Normal</u> () <u>Macerado</u> () <u>Seco</u> () <u>Eritema</u> () <u>Rubor</u> () <u>Outro</u> ()	() <u>Normal</u> () <u>Macerado</u> () <u>Seco</u> () <u>Eritema</u> () <u>Rubor</u> () <u>Outro</u> ()
Tipo de Exsudato			() <u>Purulento</u> () <u>Seroso</u> () <u>Sanguinolento</u> () <u>Serososanguíneo</u> () <u>Seco</u> () <u>Outro</u> ()	() <u>Purulento</u> () <u>Seroso</u> () <u>Sanguinolento</u> () <u>Serososanguíneo</u> () <u>Seco</u> () <u>Outro</u> ()
Quantidade de Exsudato			() <u>Molhado</u> () <u>Úmido</u> () <u>Seco</u> ()	() <u>Molhado</u> () <u>Úmido</u> () <u>Seco</u> ()
Solução de Limpeza			() <u>Soro Fisiológico 0,9%</u> () <u>Clorexidina 2%</u> () <u>Álcool 70%</u> () <u>Outro</u> ()	() <u>Soro Fisiológico 0,9%</u> () <u>Clorexidina 2%</u> () <u>Álcool 70%</u> () <u>Outro</u> ()
Cobertura primária			() <u>Gaze</u> () <u>Colagenase/Fibrinase</u> () <u>Sulfadiazina de Prata</u> () <u>Hidrogel</u> () <u>Outro</u> ()	() <u>Gaze</u> () <u>Colagenase/Fibrinase</u> () <u>Sulfadiazina de Prata</u> () <u>Hidrogel</u> () <u>Outro</u> ()
Troca			() <u>Diário</u> () <u>48/48h</u> () <u>Outro</u> ()	() <u>Diário</u> () <u>48/48h</u> () <u>Outro</u> ()
Profissional que realizou procedimento:			Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-PA 507.745/TE	Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-PA 507.745/TE
Observações:				

SUS

Sistema Ministério
Único de da
Saúde SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALARIdentificação do Estabelecimento de Saúde
(- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE)

2 - END

4 - END

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - QUALIFICAÇÃO DO PACIENTE (ONS)

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE ORIGEM

3 - DATA DE NASCIMENTO

8 - SEXO

11 - TELEFONE DE CONTATO

14 - CDT. DE ENTREGA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

16 - PRINCIPAIS SINTOMAS E SINAIS CLÍNICOS

Acidente Transitório /
Sempre com deficiências
Fórm. C

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Cerebra

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (INCLUI EXAMES DE LABORATÓRIO)

Rx

20 - CDT. PRIMÁRIO

22 - CDT. SECUNDÁRIO

23 - CDT. TERCIÁRIO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Tratamento Especializado

25 - CLÍNICA

26 - JORNAL

27 - X - SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO

Carla E. J. Vas

Carla E. J. Vas

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

28 - DATA DA INTERNAÇÃO

29 - CDT. DA INTERNAÇÃO

30 - NOME DO PACIENTE

31 - NOME DO RESPONSÁVEL

32 - NOME DO RESPONSÁVEL

33 - NOME DO RESPONSÁVEL

34 - NOME DO RESPONSÁVEL

35 - NOME DO RESPONSÁVEL

36 - NOME DO RESPONSÁVEL

37 - NOME DO RESPONSÁVEL

AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Bloco D 201-6
Reamada

Eu Elilde Alves dos Santos _____ CPF nº _____

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

Declaro que:

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

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

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

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

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

Boa Vista, 26 de Novembro de 2019

Assinatura do paciente: _____

Responsável: _____

1) Assinatura: _____

Nome: _____

CPF nº: _____

Grau de Parentesco: _____

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

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

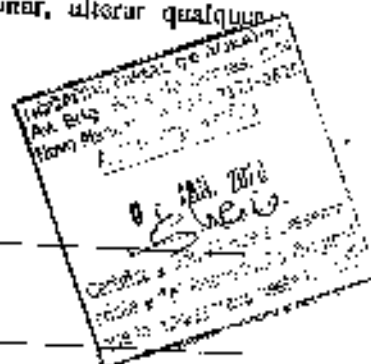
Boa Vista, _____ de _____ de 20____ Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM _____





BOLETIM OPERATÓRIO

Elvilde Alves

27.11.10

P.S.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

LOCAL DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OBSERVATÓRIO:

CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

ANESTESIAS:

TÍTULOS:

FIM:

DILATAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Sob Anestesia Local e
Feita Tracto-ecquistico
na VAT

Carlos Estêvão da Rosa
Médico
CRM-407 488



GOVERNO DO ESTADO DE MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

46
NOME DO PACIENTE: Elilde Alves dos Santos API OU LEITO: 401-2 Nº DO PRONTUÁRIO: 28 111 119 DATA: 28 11 19

CIRURGIA: Trans-ureteral M.T.F. TIPO: 11:28 INÍCIO: 11:32 FIM: 11:32 TEMPO DE DURAÇÃO: TEMPO TOTAL

EQUIPE MÉDICA
CIRURGIÃO: Dr. Carlos Brásque ANESTESISTA: Manicelino
1º AUXILIAR: Manicelino RES. ANESTESIA: Manicelino
INSTRUMENTADOR: Manicelino

2º AUXILIAR: Manicelino CIRCULANTE: Manicelino

PO DE ANESTESIA: Local TEMPO DE DURAÇÃO: Manicelino

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
	PC'S COMPRESSAS C/ 03 UNID.			FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
	PAINTEZ GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO Glicosado	
	LUVA ESTÉRIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
	LUVA ESTÉRIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
	LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO STM AGULHA Nº	
	LOVAS PARA PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURI Nº 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 SEIDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEI	
	SERINGA 03ML			CHRA P/ OSSO	
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
	<u>Manicelino</u>			OUTROS: <u>Manicelino</u>	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA-VISTO DOS RESPONSÁVEIS DEBITAR NA C.C DO PACIENTE VALOR

INSTRUMENTADOR (A) Manicelino MATERIAL MEDICAMENTOS SUB-TOTAL 6

FUNCIONÁRIO/CAVALOS Manicelino TAXA DE SALA TAXA DE ANESTESIA

SOMA

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE

401-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		23/11/2019	
DN					
PACIENTE: ELILDE ALVES DOS SANTOS					
DIAGNÓSTICO: FRATURA DE FEMUR DIAFISÁRIO E					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		DATA	
ITEM		401-2		27/11/2019	
HORÁRIO					
1		DIETA ORAL LIVRE			
2		AXP			
3		CLINDAMICINA 600MG EV OU VO D 6/6H			
4		TILATIL 20MG EV DE 12/12H			
5		DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H			
6		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA			
7		PLASIL 10MG 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		CURATIVO DIÁRIO			
12		SSVV + CCGG 6/6H			
13		CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H			
14		OLEXANE 40MG SC 1X AO DIA			
15		<i>Insulina 25mg VO 1x ao dia</i>			
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					

EXAME FÍSICO: BEG, LÓTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCÓRADO, HIDRATADO; EM USO DE TRACÃO TRANSESQUELÉTICA ESQUERDA.

PRE

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	100/40	80	16	35,8°
18 H	111/66	91	—	36,2°
24 H	110/70	90	—	36,0°

DR AUGUSTO CAVALCANTE
CRM-RR 1964
RESIDENTE EM ORTOREDIA E
TRAUMATOLOGIA

07 e 13 h: feito toque para espere, realizado toque de limpeza
pac com queixas algias mediano e pm. aferido SSVV

06h2 pa: 110x70mm Hg PC: 92 T: 37°C D 700ml

21:30h paciente queixando-se de muita dor.

23h dia pr
300 700 ml
di diu med.

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

Data: 27/01/2019 Enfermaria: 401 Leito: 2

Nome Completo: Oliveira Alves dos Santos DN: 1/1

Hipótese Diagnóstica:

Precaução: ☐ Sim ☒ Não Padrão: ☐ Contato ☐ Gotícula - aerossol ☐ Gotícula - arcosíntos

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

Paciente Indígena: ☐ Não ☒ Sim Necessidade de intérprete: ☐ Sim ☒ Não Qual idioma:

Possui acompanhamento: ☐ Sim ☒ Não Obs:

Opombação: ☐ Normal ☐ Acamado ☐ Cadeira de rodas ☐ Comprometida

SISTEMA NEUROLÓGICO

☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Agitado ☐ Não Reage ☐ Alterações:

REGULAÇÃO TÉRMICA

☐ Febril ☐ Afebril ☐ Alterações:

SISTEMA RESPIRATÓRIO

☐ Dispneia ☐ Bradipneia ☐ Taquipneia ☐ Dispneia ☐ Ar ambiente ☐ Traqueostomia ☐ Aspiração

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

☐ Normotensão ☐ Hipotensão ☐ Hipertensão ☐ Distúrbio ☐ Glóbulo

Ruínas "Sinais" ☐ Presente ☐ Ausente

Alterações:

SISTEMA CARDIOVASCULAR

☐ Normotensão ☐ Bradicardia ☐ Taquicardia

☐ Pulso cheio ☐ Filiforme ☐ Arritmico

Exame físico: Bulhas Cardíacas: Pulso:

SISTEMA URINÁRIO / DIURÉTICO

☐ Espontânea ☐ SVP ☐ Fralda ☐ Urina

☐ Anúria ☐ Oligúria ☐ Glicostomia

☐ Integridade contida ☐ Outros:

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

☐ VO ☐ SNG/SOG ☐ SNG/SOE ☐ SIF

Aceitação da dieta: ☐ Sim ☐ Não ☐ Parcel

Evacuações: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Colúmbia

Alterações:

☐ Presente ☐ Ausente

Risco de Lesão Sim/Assimada:

Características da Pele

☐ Hidratada ☐ Desidratada ☐ Ressecada

☐ Normotizada ☐ Ictérica ☐ Anestésica

Lesão por pressão: ☐ Sim ☒ Não Registo:

CONTROLE DE CATHETERS/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: ☐ Sim ☒ Não Local: Data: Trocar em: 1/1

Cateter Central: ☐ Sim ☒ Não Local: Curativo realizado em: Trocar em: 1/1

Sinais de infecção no sítio de punção: ☐ Sim ☒ Não

Ureter de: Aspecto da secreção: Quantidade:

Curativos: ☐ Sim ☒ Não Local:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

☐ Imaturo prejudicado ☐ Padrão respiratório insuficiente ☐ Risco de Lesão por Pressão

☐ Risco de infecção ☐ Ventilação espontânea prejudicada ☐ Risco de Quedas

☐ Risco de alteração da mobilidade ☐ Mobilidade física prejudicada ☐ Risco de Broncoaspiração

☐ Risco de constipação ☐ Risco de fragilidade na pele prejudicada ☐ Eliminação urinária prejudicada

☐ Risco de desequilíbrio na temperatura corporal ☐ Risco de desequilíbrio na temperatura corporal

☐ Volume de líquidos excessivo ☐ Padrão de sono prejudicado ☐ Cumulação de resíduos

☐ Volume de líquidos deficitário ☐ Defeito em autocuidado para higiene

Prescrição de Cuidado Prev Quedas

☐ Manter grades laterais elevadas

☐ Identificar o risco de queda na placa de identificação

☐ Auxiliar o paciente na higiene

☐ Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama

☐ Manter cama com rodas travadas

☐ Necessidade de contenção suíte

☐ Manter vigilância de 1 hora

☐ Colocar seguro nos pés

☐ Colocar de um passad de alpinca da mão

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo:

Obs: fato de assentimento sobre segurança do paciente (queda, higiene, etc) 27/01/2019 RBS

401-2

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				
		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
		PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH		23/11/2019		DN
PACIENTE		ELILDE ALVES DOS SANTOS				
DIAGNOSTICO		FRATURA DE FEMUR DIAFISARIO E				
ALERGIAS		HAS		DM2		
IDADE		LEITO		401-2		DATA 28/11/2019
ITEM						HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE					SND
2	AVP					manhã
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO D 6/6H					12:00 24/06
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H					18:00 24/06
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H					12:00 24/06
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA					08:00
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					
8	TRAMAL 100MG + S/O 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II					
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					SND
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
11	CURATIVO DIÁRIO					m
12	SSVV + CCGG 6/6H					Rotina
13	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H					08:00
14	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA					16:00
15	AO HC					
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					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, COM QUEIXAS ALGICAS.

EXAME FÍSICO: BEC, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCÓRADO, HIDRATADO, EM USO DE TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA

ESQUERDA

PBE

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	Temp	
6 H					DR AUGUSTO CAVALCANTE
12 H	133/66	92	18	36,4	CRM-RR 1964
18 H					RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
24 H	134/83	104		37,3	TRAUMATOLOGIA

19:00h - Paciente no Centro Cirúrgico. Não obter
medicação do borsão de 19:00h - Teq Exp
D87 M83

06A 7A 12/171 P 91 T 36°



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 ☐ Gotícula - arrossal ☐ Gotícula - perfurantes

Alergia: ☐ Sim ☐ Não Quant(ia): _____ Sexo: ☐ F ☐ M

Paciente indolente: ☐ Não ☐ Sim Necessidade de intérprete: ☐ Sim ☐ Não Qual idioma: _____

Posição acompanhante: ☐ Sim ☐ Não Data: _____

Desambulação: ☐ Normal ☐ Acamado: ☐ Cadeira de rodas ☐ Comprometida: _____

SISTEMA NEUROLÓGICO

☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Agitado ☐ Não Agitado ☐ Alterações: _____

REGULAÇÃO FÉRMICA

☐ Isotérmico ☐ Múltiplos ☐ Miliúrica ☐ Atril ☐ Febril ☐ Hipertermico

☐ Isotérmico ☐ Anticólicas ☐ Não resistentes ☐ Alterações: _____

SISTEMA RESPIRATÓRIO

☐ Eupneico ☐ Bradipneico ☐ Taquipneico ☐ Dispneico ☐ Ar ambiente ☐ Oxigênio ☐ Aspiração

Coagulação: ☐ Sim ☐ Não Qual: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR

☐ Normotensão ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico ☐ Normotensão ☐ Sistêmico ☐ Glóbulo

☐ Pulso cheio ☐ Normotensão ☐ Arritmico ☐ Ruídos cardíacos: ☐ Presente ☐ Ausente

Exame físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulsos: _____

REGULAÇÃO ABDOMINAL

☐ Espérmico ☐ SVD: ☐ Frio ☐ Ureter ☐ Alterações: _____

☐ Anóris ☐ Filigóia ☐ Estestorin ☐ Alterações: _____

☐ Integridade contínua ☐ Outros: _____

SISTEMA URINÁRIO / DIURSE

☐ Alterações: _____

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GAS PROINTESTINAL

☐ VO ☐ SVO/SOS ☐ SNE/SUC ☐ GTT

Aceitação da dieta: ☐ Sim ☐ Não ☐ Parcial

Evacuações: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Calorimetria

Alterações: _____

Ruínas: ☐ Presente ☐ Ausente

☐ Edema Local: _____

Local de Lesão Amarelado: _____

CONTROLE DE CATETES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: ☐ Sim ☐ Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: ____/____/____

Cateter Central: ☐ Sim ☐ Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: ____/____/____

Sinal de infecção no sítio da punção: ☐ Sim ☐ Não

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

Curativos: ☐ Sim ☐ Não Local: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

☐ Deglutição prejudicada ☐ Risco de lesão por pressão ☐ Risco de infecção ☐ Risco de quedas ☐ Risco de nutrição desequilibrada ☐ Risco de broncoaspiração ☐ Risco de constipação ☐ Círculo cardíaco prejudicado ☐ Risco de desenvolvimento do volume ☐ Risco de desequilíbrio na temperatura corporal ☐ Volume de líquidos excessivo ☐ Perda de sono prejudicada ☐ Volume de líquidos deficiente ☐ Déficit de autoconhecimento para higiene

Prescrição de Cuidado Prev Quedas

☐ Manter grades laterais elevadas ☐ Identificar o risco de queda na placa de identificação ☐ Auxiliar o paciente na higiene ☐ Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama ☐ Manter cama com rodas travadas ☐ Necessidade de contenção no leito ☐ Manter vigilância ☐ Manter calçados seguros nos pés ☐ Material de uso pessoal no ambiente do leito

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

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

DATA DE ADMISSÃO	DIH	23/11/2019	DN
------------------	-----	------------	----

PACIENTE	ELILDE ALVES DOS SANTOS
----------	-------------------------

DIAGNÓSTICO	FRATURA DE FEMUR DIAFISÁRIO E
-------------	-------------------------------

ALERGIAS	HAS	DM2
----------	-----	-----

IDADE	LEITO	401-2	DATA	29/11/2019
-------	-------	-------	------	------------

ITEM		HORÁRIO
------	--	---------

1	DIETA ORAL LIVRE	SN
---	------------------	----

2	AVP	manhã
---	-----	-------

3	CLOMIDAMINA 600MG EV OU VO D 6/6H	16 - 20 - 02 - 08
---	-----------------------------------	-------------------

4		
---	--	--

5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO D 6/6H SN	12 - 18 - 04 - 06
---	--------------------------------------	-------------------

6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA	06
---	------------------------------	----

7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	SN
---	-------------------------	----

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	CAPTÓPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
----	---	----

11	CURATIVO DIÁRIO	
----	-----------------	--

12	SSVV 1 CCGG 6/6H	
----	------------------	--

13	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H	08 - 20
----	---	---------

14	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	16
----	---------------------------	----

15	AG 1G	
----	-------	--

16	Foram desmumml ou SVD	transmissão as 10h
----	-----------------------	--------------------

	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	
--	-----------------------------------	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

ENCONTRO: PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, COM QUEIXAS ÁLGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NÓRMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRACÃO TRANSESQUELÉTICA

ESQUERDA: *axial será transferido ao Hospital Unibol*

PRE: *ao cuidado do Dr Carlos Henrique*

Transferido será realizado com o ambulatório Unibol

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FG	FR
-----	----	----	----

12 H			
------	--	--	--

18 H			
------	--	--	--

24 H			
------	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

DR AUGUSTO CAVALCANTE
CRM-RR 1964
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

04 às 13 h: pae no duto. admissão 13h. Tio Roraima

REPÚBLICA DE BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME

ELILDE ALVES DOS SANTOS



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR/UF
2613183 SSP PA

CPF
449.519.732-00

DATA NASCIMENTO
05/09/1973

FILIAÇÃO

INOCENCIO FREITA DOS
SANTOS
ANAIDES ALVES DE SOUSA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AD

Nº REGISTRO

04047472880

VALIDADE

28/09/2021

1ª HABILITAÇÃO

02/03/2007

OBSERVAÇÕES

Exerce ativ remunerada

Elilde Alves dos Santos

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO

14/12/2016

FRANCISCO ASSIS DA SILVEIRA
DIRETOR PRESIDENTE INTERINO
RR/PA

56411700879
RR208985255

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-RR (RORAIMA)

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1356332598

01010 PLASTIFICAR
56332598

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200080563 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELILDE ALVES DOS SANTOS **Data do acidente:** 23/11/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (TRAÇÃO ESQUELÉTICA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR
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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0065121/20

Vítima: ELILDE ALVES DOS SANTOS

CPF: 449.519.732-00

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/11/2019

Titular do CPF: ELILDE ALVES DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSANGELA NUNES MASULLO : 321.801.442-53

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

ELILDE ALVES DOS SANTOS : 449.519.732-00

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: 18/02/2020
Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO
CPF: 321.801.442-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

ROSANGELA NUNES MASULLO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE Nome: ELILDE ALVES DOS SANTOS

Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADO

Profissão: VIGILANTE

Identidade: 2613183 SSP/RR CPF: 449.519.732-00

Endereço: Rua: S-33 nº: 1474 Bairro: SENADOR H CAMPOS

Cidade: BOA VISTA UF: RR CEP: 69.316-606

Vítima: ELILDE ALVES DOS SANTOS

CPF: 449.519.732-00 Data do sinistro: 23/11/2019

Natureza: (X) DAMS () INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA

Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO

Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRA

Profissão:

Identidade: 208.734 CPF: 321.801.442-53

Endereço: AV. Manoel Felipe, 1467/5, Asa Branca, Boa Vista/RR.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas e a **SUSEP**, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT.

Boa Vista-RR 10-01-20

Local e data



Elilde Alves dos Santos

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



171.873
João Carlos Barbosa dos Santos
Poderes Autorizados

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0065121/20

Vítima: ELILDE ALVES DOS SANTOS

CPF: 449.519.732-00

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/11/2019

Titular do CPF: ELILDE ALVES DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSANGELA NUNES MASULLO : 321.801.442-53

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

ELILDE ALVES DOS SANTOS : 449.519.732-00

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: 18/02/2020
Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO
CPF: 321.801.442-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

ROSANGELA NUNES MASULLO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA