
Rio de Janeiro, 18 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190199960

Vítima: DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA

Data do Acidente: 14/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA

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

BANCO DO BRASIL S.A.

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: 27/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04263-3

CONTA: 000000016789-4

Nr. da Autenticação 5EFD8FE093A5ADCA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190199960 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA **Data do acidente:** 14/07/2018 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: P 4_ CIRURGIA

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **446.894.622-91** Nome completo da vítima: **Dagmar da Silva Oliveira**

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

Nome completo: **Dagmar da Silva Oliveira** CPF: **446.894.622-91**
Profissão: **Professora** Endereço: **Rua: São Francisco** Número: **74** Complemento: **Casa**
Bairro: **Cinturão Verde** Cidade: **Bea Vista** Estado: **RR** CEP: **69**
E-mail: **ILIOIRRE@HOTMAIL.COM** Tel(DDD): **(95) 99154-4282**

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

RENDA MENSAL: ☐ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Brasil**

AGÊNCIA: CONTA:
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **4263** **3** CONTA: **16.789** **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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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.

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Local e Data: **Bea Vista - RR**
Nome: **Dagmar da Silva Oliveira**
CPF: **446.894.622-91**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001105/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 16/01/2019 11:30 Data/Hora Fim: 16/01/2019 11:48
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 16/01/2019
Delegado de Polícia: Ronaldo Sciotti Pinto da Silva Filho

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 14/07/2018 19:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Rua São Francisco

Bairro: Cinturão Verde
Nº: 74

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Masculino Nasc: 26/09/1973
Profissão: Professor Escolaridade: Ensino Superior Completo
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Geocina Soares da Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 117562
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 446.894.622-91

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua São Francisco
Bairro: Cinturão Verde

Nº: 74

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante acima qualificado que não é habilitado compareceu a esta especializada para informar que no dia, local e hora aqui descrito, trafegava na MOTOCICLETA HONDA CG 150 SPORT, PLACA NAR 2762, CHASSI 9C2KC08605R011340 de propriedade de LEONILIA ALVES DOS SANTOS NETA, pela mencionada via que se trata de via preferencial sentido centro, quando uma motocicleta TITAN de placa não identificada, invadiu a referida vindo a colidir na lateral esquerda do veículo do comunicante vindo o mesmo a cair e em decorrência da queda sofreu fratura na perna esquerda. Informa ainda que foi acionado o SAMU e conduzido ao HGR para atendimento médico, informando ainda que este registro é somente para fins de SEGURO DPVAT



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001105/2019

ASSINATURAS

Carlos Regis Cunha
Responsável pelo Atendimento

Dagmar da Silva Oliveira
(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 deli origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **446.894.622-91** Nome completo da vítima: **Dagmar da Silva Oliveira**

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

Nome completo: **Dagmar da Silva Oliveira** CPF: **446.894.622-91**
Profissão: **Professora** Endereço: **Rua: São Francisco** Número: **74** Complemento: **Casa**
Bairro: **Cinturão Verde** Cidade: **Bea Vista** Estado: **RR** CEP: **69**
E-mail: **ILIOIRRE@HOTMAIL.COM** Tel(DDD): **(95) 99154-4282**

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

RENDA MENSAL: ☐ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Brasil**

AGÊNCIA: CONTA:
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **4263** **3** CONTA: **16.789** **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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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.

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura: _____
2ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura: _____

Local e Data: **Bea Vista - RR**
Nome: **Dagmar da Silva Oliveira**
CPF: **446.894.622-91**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PREFEITURA BOA VISTA		FICHA DE ATENDIMENTO		Nº 1396		* 192	
UNIDADE: <u>Bravo III</u>		EQUIPE: <u>Ter. Guly/ cond. Abis</u>					
Paciente: <u>Dagmar da Silva Oliveira</u>				Idade: <u>44</u>		Sexo: <u>mulher</u>	
Nacionalidade: <u>Brasiliana</u>				Raça: <u>Branca</u> ☐ Negra ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena ☐ Etnia			
Endereço: <u>Av. São Francisco</u>				Bairro: <u>Centro</u>		Cidade: <u>Boa Vista</u>	
Nº <u>13-109</u>		DATA <u>14/10/18</u>		HORA J/S <u>20:05</u>		BASE () VIA ☒ RÁDIO	
Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM <u>Dr. Fico</u>		HORA J/S <u>20:16</u>		HORA J/S <u>20:56</u>		() CELULAR	
MOTIVO DO ACIONAMENTO:							
ACIONAMENTO ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ ATENDIDO NA BASE ☐ OUTRO							
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora () / 1 a 3 horas () / 4 a 24 horas () / Mais de 24 horas () / Não sabe ()							
MECANISMO DE TRAUMA							
AUTOMÓVEL		AUTOMÓVEL		VIOLÊNCIA		OUTROS	
☐ Capotamento ☐ Atropelamento ☐ Colisão AUTO x ☐ Motorista ☐ Passageiro Banco dianteiro ☐ Passageiro Banco traseiro		☐ Uso do cinto ☐ Vítima projetada ☐ Vítima encarcerada ☐ Air Bag Acionado ☒ Colisão MOTO x <u>carro</u> ☐ Queda de moto ☐ Atropelamento ☐ Queda de Bicicleta ☒ Pêlo ☐ Com capacete ☒ Sem capacete ☐ Grupo		☐ FAB ☐ FAF ☐ Espancamento ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual ☐ Tentativa de suicídio ☐ Outro		☐ Ac. De Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto ☐ Queda, Altura aprox. ☐ Acidente Doméstico ☐ Queimadura Agente ☐ Afogamento ☐ Agressão p/ animal ☐ Outros	
PEDESTRE		CICLOVIA		CICLOVIA		CICLOVIA	
☐ Atropelamento ☐ VIA ☐ CALÇADA ☐ FAIXA		☐ Queda de moto ☐ Atropelamento ☐ Queda de Bicicleta ☒ Pêlo		☐ Com capacete ☒ Sem capacete ☐ Grupo		☐ Outros	
AVALIAÇÃO INICIAL							
VIAS AÉREAS		VENTILAÇÃO		CIRCULAÇÃO		AVAL. NEUROLÓGICA	
☐ Livre ☐ Obstrução Parcial ☐ Obstrução Total ☐ Corpo estranho ☐ Edema de glote ☒ Outro		☐ Eupneico ☐ Apnéia ☐ Dispnéia ☐ Bradipnéia ☐ Taquipnéia ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Respiração paradoxal		☐ Normocárdico ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico ☐ Arritmico ☐ Enchimento capilar acima de 2" ☐ Ausente ☐ Cianose central ☐ Cianose de extremidade		☒ AVDN ☐ Miose ☐ Midriase ☐ Anisocoria ☐ D. ☐ E. ☐ Aparelho Estilizado ☐ GLASGOW	
SINAIS VITAIS E ESCORES							
Hora	P.A. mm/Hg	F.C. bpm	F.R. bpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"
Início <u>20:39</u>	<u>130x90</u>	<u>108</u>	<u>23</u>	<u>98</u>	<u>-</u>	<u>275</u>	<u>-</u>
Fim <u>20:56</u>	<u>130x90</u>	<u>89</u>	<u>20</u>	<u>96</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA							
Pele		Cabeça		Face		Pescoco	
☐ Corada ☐ Quente ☐ Pálida ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Seca ☐ Cianótica		☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Laceração ☐ Hematoma ☐ Afundamento ☐ Fer. penetrante		☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Laceração ☐ Ferimento ocular ☐ Luxação ☐ Manobra		☐ Escoriação ☐ Laceração ☐ Hematoma ☐ Desvio de traqueia ☐ Eritema Sub-cutâneo	
Tórax		Abdome		Tórax		Abdome	
☐ Dor ☐ Escoriação ☐ Laceração ☐ Contusão pulmonar ☐ Ferida Aspirativa ☐ Empalamento		☐ Escoriação ☐ Laceração ☐ Distendido ☐ Em túbulo ☐ Doloroso ☐ Evisceração		☐ Dor ☐ Escoriação ☐ Laceração ☐ Contusão pulmonar ☐ Ferida Aspirativa ☐ Empalamento		☐ Escoriação ☐ Laceração ☐ Distendido ☐ Em túbulo ☐ Doloroso ☐ Evisceração	
Pelve		Coluna Dorsal		MMSS		MMII	
☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Dor ☐ Instabilidade ☐ Crepitação		☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor ☐ Escoriação ☐ Crepitação		☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Luxação ☐ Laceração ☐ Fratura ☐ Amputação ☐ Crepitação		☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Luxação ☐ Laceração ☐ Fratura ☐ Amputação ☐ Crepitação	
OCULAR		VERBAL		MOTORA		TOTAL	
☐ Espontânea ☐ Ao comando ☐ 2 A dor ☐ 1 Sem resposta		☐ Orientado ☐ Confuso ☐ 3 Palavras ☐ Inapropriadas ☐ 2 Palavras ☐ Incompreensíveis ☐ 1 Sem resposta		☐ 6 Obedece a comandos ☐ 5 Localiza a dor ☐ 4 Movimento de retirada ☐ 3 Flexão anormal ☐ 2 Extensão anormal ☐ 1 Sem resposta		☐ 6 Obedece a comandos ☐ 5 Localiza a dor ☐ 4 Movimento de retirada ☐ 3 Flexão anormal ☐ 2 Extensão anormal ☐ 1 Sem resposta	
AVALIAÇÃO GÁSTRICA							
☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Flutua		☐ Fibrilação atrial ☐ Fibrilação ventricular ☐ Assístolia		☐ Respiratória ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Metabólica ☐ Cardiovascular ☐ Aborto		☐ Digestiva ☐ Infecçosa ☐ Obstétrica ☐ Outra <u>trauma</u>	
GRAVIDADE PRESUMIDA		[] ILESO [] PEQUENA [] MÉDIA [] SEVERA		HISTÓRIA PEGRESSA		[] OBITO EVIDENTE	
☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☐ HAS ☐ Medicação de uso		☐ Alergias ☐ Outros		☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☐ HAS ☐ Medicação de uso		☐ Alergias ☐ Outros	
Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)							
INCIDENTE							
☐ Cancelamento ☐ Recusa de Atendimento ☐ Não se encontrava no local - EVASÃO ☐ Recusa de hospitalização ☐ Trote ☐ Bombeiro no local				☐ Polícia Militar ☐ Guarda Municipal ☐ SAMTRAN ☐ Bombeiro ☐ Outros			
OBSERVAÇÕES							
RCP							
☐ Iniciada em ☐ RCP com sucesso ☐ RCP sem sucesso ☐ Obs							

SAMU 102-BV
CONFERE COM
ORIGINAL
Em 01/02/19
Stephanie
Rubrica

000926097

UNHO/2018

16/07/2018

700

706,18

NAGMAR DA SILVA OLIVEIRA
1: SAO FRANCISCO 74 CINTURAO VERDE
PF: 00044689462291
EP: 69.312-347 - BOA VISTA

ROT: 29.001.22.07.152200

27463	15/06/2018
26763	16/05/2018
1,000	17/07/2018
700	14/06/2018
700	15/06/2018
NORMAL	
FCAM	
30	

ESIDENCIAL

BI

14EDB09704M 1514282 1.1.1.2

814

MAI/18	693	CONSUMO	700 A R\$	0,564414	=	395,08
ABR/18	912	RELIACAO A REVELIA ART	175 RE			163,28
MAR/18	734	PARCELAMENTO DE DEBITOS	1/24			124,26
FEV/18	872	ILUMINACAO PUBLICA				23,56
JAN/18	842					
DEZ/17	865					
NOV/17	883					
OUT/17	880					
SET/17	816					
AGO/17	745					
TARIFA SEM TRIBUTOS:						
0 A 700 - 0,458770						

Mes/Ano Valor R\$ 34/2018 636,14
Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 30/06/2018. O não pagamento por 30 dias consecutivos também é incluído no nome do consumidor na SPREMA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

ASO HAJA COBRANCA DE SERVICOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) P
DERA SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO.
IGUE 08007019120 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

33A8.CE98.E615.008F.AC5B.0E5D.A7C0.972A	
COMPANHIA	119,91
Despesa	191,84
Comissão	0,00
Transmissão	7,99
Outros	75,34
IMPOSTOS	395,08
Imposto de Renda	17,00%
Imposto de Renda	67,16
Imposto de Renda	1,44
Imposto de Renda	6,74

0,08 0,00 0,00 0,08 0,00 0,00 0,05
0,00 0,00 0,00
DISTRITO
ROT: 29.001.22.07.152200 04/2018 0,00



Eletrobras Distribuição Roraima

Av. Capitan Ené Gomes, 891 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ nº 06.470.001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

Nova Fatura / Conta de Energia Elétrica - Bônus B-1

Exercício: 2018 - 11/01/2019

Nº da Nota Fiscal: 002052554

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

DEZEMBRO/2018

11/01/2019

209

212,94

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO 1832 2 BURITIS

CPF: 00038305151204

CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.04.021718

Consumo	Taxa	Taxa	Consumo	Taxa
Atual	26369		Atual	24/12/2018
Anterior	26160		Anterior	26/11/2018
Constante de Multiplicação	1,000		Próxima Leitura	25/01/2019
Consumo Medido	209		Emissão	21/12/2018
Consumo Estimado	209	FCAM	Arrecadação	24/12/2018

NORMAL

28

Residência	BI	Numero Medidor	Proteção	Código Pat	Multa 12 meses
RESIDENCIAL	BI	2206908	N 1519448	1.1.1.2	260

Mês/Ano	Consumo	Valor R\$
NOV/18	370	
OUT/18	345	
SET/18	246	
AGO/18	292	
JUL/18	237	
JUN/18	246	
MAI/18	223	
ABR/18	264	
MAR/18	208	
FEV/18	221	
TARIFA SEM TRIBUTOS:		
U H 209 - 0,634620		

Mês/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 05/01/2019, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá resultar em corte de energia e inclusão do nome do consumidor na SEREN, interferindo assim na existência de crédito e na reavaliação do valor de R\$ 260,02 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
11/2018	319,46	

CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA, PODERÁ SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPAÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVAÇÃO FICCO 695D.8108.BE1F.DA7E.4518.59BD.AESF.8212

Descrição	Valor R\$	Descrição	Valor R\$
Distribuição	41,06	Base de Cálculo	165,50
Energia	87,06	Alíquota ICMS	17,00%
Transmissão	0,00	Valor do ICMS	28,13
Encargos	4,52	Valor do PIS	0,84
Tributos	32,86	Valor do COFINS	3,89

NOTA FISCAL DE CONTINUAÇÃO

8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82
1,96			9,00			0,38

FLORESTA

10/2018

76,80

ROT: 5.001.12.04.021718

Eletrobras
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitan Ené Gomes, 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ nº 06.470.001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

SELO CÓDIGO
0108915-3

TOTAL A PAGAR - R\$
212,94

MÊS FATURADO
12/2018

VENCIMENTO
11/01/2019

002052554 FCAM

83640000002 9 12940075000 3 00000000108 1 91531218008 5



SEQ.: 00099 UC: 0108915-3 DT.LEIT.: 24/12/2018 T.ENTR.: 04
LEITURA: 26369 NORMAL TOTAL: 212,94 CARGA: 007
DT.VENC.: 11/01/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1102

13 MAR 2019

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu João Márcio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512 / 09
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Dagmar da Silva Oliveira inscrito
(a) no CPF sob o Nº 446.894.622 / 91, do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliária da Vítima
Dagmar da Silva Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 446.894.622 / 91, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua: Antônio P. Galvão</u>		Número <u>1832</u>	Complemento
Bairro <u>Beatiz</u>	Cidade <u>Beaústa</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309-209</u>
Email <u>ILOIRRR@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(95)99154-4282</u>

Beaústa - RR, 13 de Março de 2019
Local e Data

Assinatura do Declarante

14/07/2018

...: Guia de Atendimento 02 ...

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO



1800981356 14/07/2018 20:58:14

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

Paciente **DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA** Data Nascimento **26/09/1973** Idade **44 A 9 M 18 D** CNS **702100763933791** NOTURNO 19- 18

Tipo Doc **IDENTIDADE** Documento **117562** Órgão Emissor **SSP/RR** Data Emissão **13/11/2002** Sexo **M** Estado Civil **SOLTEIRO(A)** Raça/Cor **BOA VISTA - RR** CPF **44689462291** Prontoário

Mãe **GEACINA SOARES DA SILVA** Pai **ANTONIO MORAES DE OLIVEIRA** Contato **(95) 99133-1523** Nacionalidade **BRASILEIRA**

Endereço **RUA - SAO FRANCISCO - 74 - CINTURAO VERDE - BOA VISTA - RR** Ocupação **NÃO INFORMADA**

Class. de Risco **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira **URGÊNCIA** Validade **Procedência** Autorização **Sis Prenatal**

Motivo do Atendimento **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. **Procedência** Temp. **Peso** Pressão

Setor **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada **SAMU CAPITAL** Procedimento Sol. **Registrado por: ALEXSANDRO.PEREIRA**

Queixa Principal **Dor na região da perna esquerda** ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☐ Transferência para

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

Óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: alexsandro.pereira
Data Hora: 14/07/2018 21:00:07

© 2018
HGR - Hospital Geral de Roraima
Roraima, 69200-000



1800981356

Ortopedia Dr. Elder

Tratamento MOTO X MOTO. RA por contusão

fratura de osso do punho (E) (Exposto). CD.

AOCC + enlunho

Dr. Mateus Aguiar
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1995



**SUS**Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

H.G.R.

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

Ortopedia

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Rafael dos Santos de Oliveira

6 - N° DO PRONTUÁRIO

466910

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

21012130007634331711

8 - DATA DE NASCIMENTO

26/09/73

9 - SEXO

M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Geolina Soares da Silva

11 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua São Francisco - Antares Verde

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bica Vista

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

R R

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura do V. hum. de fratura e do
Osso do braço (E) após acidente
de moto

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Lactante lúgido

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

Histórico + Exame físico + Radiografias

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura hum. e uln. exposta

21 - CID 10 PRINCIPAL, 22 - CID 10 SECUNDÁRIO, 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

Dr. Elder Dr. ...

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

14/07/18

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

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() TRABALHADOR

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0408050500

5828

V299



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 14, 07, 18

O.S. _____

Dagmar Da Silva



DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

fratura exposta Osso Pezão Esquerdo

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

tratamento cirurgico fratura exposta tibia e fibula

TIPO DE INTERVENÇÃO:

cirurgico

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

0

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

o mesmo

CIRURGIÃO

Dr. Elder

1º AUXILIAR:

Dr. Delnachi R.

2º AUXILIAR:

Dr. Marcos R.

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRURGICO

- 1) Paciente em D.P.H. sob anestesia
- 2) Integridade e higiene
- 3) colocação de campos esteréis
- 4) L.M.E.
- 5) Sutura
- 6) Redução aberta + colocação de fixador externo
- 7) Controle radiológico
- 8) Enfaixados
- 9) RPA

Dr. Elder Soares
Médico Especialista
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12.345

12 MAR 2018



^aJournal of the American Veterinary Medical Association.

FICHA DE ANESTES

14/07/22

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Değer Alegria.
Om'a la.

SINGOLI

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A. Fentil 10 p.p.			1 - Check List Anest. OK.
B. Midazolam 10 p.p.			Monitor: SpO ₂ + FC + EC + PnO ₂ .
C. Dipiridone 10 p.p.			1 - CV O ₂ 22mm + sup.
D. Dipiridone 10 p.p.			2 - Sedação: Fentil 10 mg.
E. Fentil 10 p.p.			Midazolam 2 → CV
F.			3 - Raquianestesia.
G.			Dip. Vaginal 10 p.p. 15 →
GLUCOSE	UNIDOS		4 - Cefalotina 2g.
ICDO			5 - Dipiridone 2g.
SANGUE			6 - Tru. del 10 →
SEDAÇÃO			7 - Alta 15:10.
TOTAL			
OPERAÇÃO			
ANESTESIA			

Bruno Thiago O. C. Pinto
MÉDICO
CRM-RR 1025

13 MAR 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE <i>Dagimar da Silva Oliveira</i>		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO <i>S/N</i>	DATA <i>14 1 071</i>
TIPO <i>Fixação Externa de Tibia "E"</i>		CIRURGIA		
		INICIO <i>23:20</i>	FIM <i>00:20</i>	TEMPO DE DURAÇÃO TEMPO TOTAL
CIRURGIÃO	EQUIPE MÉDICA			
1º AUXILIAR <i>Res. Eder</i>	ANESTESISTA: <i>Dr. Eudes</i>		RES. ANESTESIA: <i>Res. Danielle</i>	
2º AUXILIAR <i>Res. Marcos</i>	INSTRUMENTADOR <i>Res. Bruno</i>		CIRCULANTE <i>Cristiane e Hilma</i>	
TIPO DE ANESTESIA: <i>Raquel</i>	TEMPO DE DURAÇÃO:			
Q	Q	Q	Q	Q
	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS
☒	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		☒	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml
	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
3	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO
4	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLNº
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº 2.0
	LUVA ESTERIL 8.5		1	FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº
	LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
3	LÂMINA 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			SURGICEL
2	SERINGA 03ML			<i>Agulha P/ raquel</i>
2	SERINGA 05 ML		5	<i>Eletrodos</i>
3	SERINGA 10ML		1	<i>cateter de O2</i>
	SERINGA 20ML		1	<i>Equipo microscopos</i>
			☒	<i>Atadura de crepom</i>
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE <i>Alessandra e Stefanie</i>	MATERIAL MEDICAMENTOS		VAL
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	SUB-TOTAL		
		TAXA DE SALA		
		TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				



SAL - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

NOME: Dagmar da Silva Oliveira

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Data: 14.7.18

Reg. 44

Chegada: 20h40

Intervenção: U.T.I. 1

Outros: U.T.I. 2

Cirurgia Proposta: U.T.I. 1

Intervenção: U.T.I. 2

Outros: U.T.I. 1

Outros: U.T.I. 2

Outros: U.T.I. 1

Outros: U.T.I. 2

Outros: U.T.I. 1

Outros: U.T.I. 2

Outros: U.T.I. 1

Outros: U.T.I. 2

Outros: U.T.I. 1

Outros: U.T.I. 2

Outros: U.T.I. 1

Outros: U.T.I. 2

Outros: U.T.I. 1

Outros: U.T.I. 2

TRANSOPERATÓRIO

Entrada na Sala: 22h45

Início da Cirurgia: 22h50

Início Anestesia: 22h50

Término Cirurgia: 00h00

Término Anestesia: 00h00

Saída S.O.: 00h30

Cirurgia Realizada: U.T.I. 1

Anestesia: U.T.I. 2

Posição: decub

Localização: tabaco

Localização: tabaco

Localização: tabaco

Localização: tabaco

Localização: tabaco

Localização: tabaco

Localização: tabaco

Localização: tabaco

Localização: tabaco

Localização: tabaco

Localização: tabaco

Localização: tabaco

Cirurgia Realizada: U.T.I. 1

Anestesia: U.T.I. 2

Posição: decub

Localização: tabaco

Localização: tabaco

Localização: tabaco

Localização: tabaco

Localização: tabaco

Localização: tabaco

Localização: tabaco

Localização: tabaco

Localização: tabaco

Localização: tabaco

Localização: tabaco

Localização: tabaco

Localização: tabaco

Localização: tabaco

Localização: tabaco

Localização: tabaco

Localização: tabaco

Localização: tabaco

Sinais Vitais

PA: 90/60

PO2: 95%

FC: 90

FR: 16

Temp: 36.5

SpO2: 95%

SpO2: 95%

SpO2: 95%

SpO2: 95%

SpO2: 95%

SpO2: 95%

SpO2: 95%

SpO2: 95%

SpO2: 95%

SpO2: 95%

SpO2: 95%

SpO2: 95%

SpO2: 95%

SpO2: 95%

SpO2: 95%

Sinais Vitais

PA: 90/60

PO2: 95%

FC: 90

FR: 16

Temp: 36.5

SpO2: 95%

SpO2: 95%

SpO2: 95%

SpO2: 95%

SpO2: 95%

SpO2: 95%

SpO2: 95%

SpO2: 95%

SpO2: 95%

SpO2: 95%

SpO2: 95%

SpO2: 95%

SpO2: 95%

SpO2: 95%

SpO2: 95%

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Paciente: Barbara da Silva Oliveira
Idade: 40 anos

ANTES DA INCISÃO
Anestesiista: Euday Ramalho da Silva RA

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

ENTRADA (Sala Pré-Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- ☒ Identificação
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento
☒ Consentimento

INSCO CIRÚRGICO

- ☐ Aplicar ☒ Não se Aplica

ITEM DEMARCADO

- ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA
CANCELAR

COXIMEN TO DE PULSO NO PACIENTE EM
FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

- ☐ Não ☐ Sim, Quant: Não

ALÉRGICA DIFÍCIL RISCO DE ASPIRAÇÃO

UNDO

- ☐ Sim, e equipamento/resistência disponíveis

VOLUME DE SANGUE > 500 ml

UNDO

- ☐ Sim, e equipamento adequado e planejamento
fluidos

Data: 14/03/14

[Assinatura]
Assinatura

Morte: _____

ENTRADA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRÚRGICO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO
CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

REVISÃO DO CIRÚRGICO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, criação da
operação e perda sanguínea prevista.

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Os materiais necessários, como instrumental, próteses e
outros estão presentes e dentro da validade de
esterilização (incluindo resultado do indicador). Há
questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer
preocupações.

A PROFISSÃO ANTIMICROBIANA FOI
REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☒ Não se aplica
Sim, Quant: 14/03/14 Hora: 22:00

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

- ☐ Sim ☒ Não se aplica

SAÍDA (Sala Pós-Operatória)

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

- 1- O NOME DO PROCEDIMENTO
REGISTRADO
☒ Sim ☐ Não

- 2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS
CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS
ESTÃO CORRETAS
☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

- 3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA
PATOLOGICA, ESTÁ IDENTIFICADA
(INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
PARA SER RESOLVIDO

- ☐ Sim ☒ Não

- ☐ O CIRÚRGICO, O ANESTESIOLOGISTA E A
EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM
PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A
RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE
☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

[Assinatura]
Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

301-2

OK

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		HAS		DM2	
DIAGNÓSTICO		NEGA		NEGA	
ALERGIAS		LEITO		DATA	
IDADE		PRESCRIÇÃO		HORÁRIO	
ITEM		PRESCRIÇÃO		HORÁRIO	
1		DIETA ORAL LIVRE		SND	
2		AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia		24	
3		CEFALOTINA 1G EV 6/6H		24	
4		TILATIL 20mg 12/12hs		S/N	
5		DIPIRONA 2ML EV 6/6		S/N	
6		TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		S/N	
7		PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		S/N	
8		RANITIDINA 50MG EV 8/8HS		S/N	
9		SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		S/N	
10		SSVV + CCGG 6/6 H		S/N	
12		CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG		S/N	
14		CURATIVO DIARIO		S/N	
15		Mefenoma 500mg 1x/d		S/N	
16		Dexam 1/16h		S/N	
17		Clindamicina 600mg EV 6/6h		S/N	
18				S/N	
19				S/N	
20				S/N	
		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINÁ 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			

301-2

13 MAR. 2019

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica
 Em: 15.07.2018
 às 14:50 h, paciente chegou
 no Bloco C, com manifestação
 de hemiparesia esquerda.
 PA: 106/60 mmHg
 PP: 520 x 80 mmHg
 FC: 300 bpm
 T: 36,7°C
 D: +
 e: -

SINAIS VITAIS	DEBILIDADE	COORDENÇÃO	34.00
6 H	296 bpm	2.00	0.00
12 H			
18 H			
24 H			

NIR
 Regulado
 para leito
 301-2
 Regulação Interna

Dr. Marcos Aguiar
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-RR 1995

MÉDICO RESIDENTE EM
 ORTOPEDIA E
 TRAUMATOLOGIA.

Os: 23:00 - PA: 120 x 75 mmHg

Paciente encaminhado a BC, após avaliação com enfermeiro, pelo NE

com prescrição
 15.07.18



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>Dagmar da Silva Oliveira</i>					
AGNÓSTICO					
ALERGIAS					
IDADE		HAS		DM2	
ITEM		LEITO		DATA	
		305-2		15/07/2018	
PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6 H				
14	<i>Cefalotina 1g 6/6h EV</i>				
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

LEITÃO MÉDICA:

EM CONTROLO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

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

ESQUEMA:

CONDIÇÃO:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA SEM PREVISÃO

NAIS VI	PA	FC	FR	TEMP	
EH					
12H	120/70	105	—	36.3°C	
13H					
24H					

Dr Odinachi Okemiri
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

1 no modo Dupeu cor

*12 hs deixo: 370mg
feito 2UI de IR C.P.
T. de*

304-2

1513



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		Dagimar do Nêro Oliveira			
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS					
IDADE		HAS	NEGA	DM2	52,00
ITEM		LEITO	304-2	DATA	16/07/19
PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE 01 DM				5ND
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia				18/
3	GEFALOTINA 1G EV 6/6h				18/
4	TILATIL 20mg 12/12hs SIN				18/ 02 08 (14)
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6				18/ 24 08
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				18/ 24 08
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				18/
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS (S/N)				18/
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				18/
10	SSVV + CCGG 6/6 H				18/
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIARIO				
15	Melformin 850mg 1cp/d VO				18/
16	Dextro 616h				18/ 23 08
17	Chloramfenicol 600mg EV 6/6h				18/ 24 08
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINÂ 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				22/20 4 UN I.R

VOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

22H PA = 140x90 mmHg
 P = 85 BPM
 T = 36.7°C
 Dextro = 283 mg/dl
 G'deones Digenes Chaves
 Imagem
 CRP 652.135

SINAIS VITAIS	PA	P	Dextro	T
6 H				
12 H				
18 H	PA: 140x90	P: 85	283 mg/dl	36.7°C
24 H				

MÉDICO RESIDENTE EM
 ORTOPEDIA E
 TRAUMATOLOGIA

Cledvanila Silva Costa
 Téc. de Enfermagem
 COREN-RR 891.651-TE

13 MAR 2019



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		1) Agnir da Silva Alencar			
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS					
IDADE		HAS	NEGA	DM2	NEGA 52km
		LEITO	3052	DATA	17/07/18
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE <i>de lactose</i>				SND
2	AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia				18
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H (<i>Suspensão</i>)				-
4	TILATIL 20mg 12/12hs <i>S/N</i>				S/N
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 <i>S/N</i>				12 18 24 06
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				Sr
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				Sr
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				12 18 24 06
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				Sr
10	SSV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				Sr
14	CURATIVO DIARIO				
15	<i>Ceftriaxona 1g EV 12/12h</i>				12 18 24 06
16	<i>Clindamicina 600 EV 6/6h</i>				12 18 24 06
17	<i>Meloxicam 7.5mg VO</i>				12 18 24 06
18	<i>Clindamicina 600 EV 12/12h VO</i>				12 18 24 06
19	<i>Dextro 18 1350 06/12/18</i>				OR
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:					

Ao bloco para programação cirúrgica

do paciente - manter esquema de observação após medicação da 24h

Dr. Marcos Aguiar
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRA - RR 1995

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

SINAIS VITAIS	PA	FC	TAX	Diário
6 H				
12 H	110/59	87	36.5°C	+
18 H	90x60	60	36.6°C	
24 H	111/62	76	36.7°C	+
06h			36.8°C	Diário

Me

301-2

401-4

401.4

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

DATA DE ADMISSÃO	DIH		DN	
PACIENTE	Dagmar da Silva Almeida			
GNOSTIC				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2
IDADE	LEITO	301-2	DATA	18/07/18
ITEM				HORÁRIO
1	DIETA ORAL EVRE			01/DM
2	AVP			SND
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N			
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS			12 18 24 30
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT			SND
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			SND
8	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM			SND
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SND
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			SND
11	CURATIVO DIÁRIO			
12	SSVV + CCGG 6/6 H			
13	Clonazepam 0.5mg EV 6/6h			12 18 24 30
14	Ciprofloxacin 500mg EV 12/12h (Nupur)			
16				

SE NECESSÁRIO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 3UI; 301-350: 4UI; 351-400: 5UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML
FOLHA DE PRESCRIÇÃO
PRESCRIÇÃO MÉDICA:

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	
12h	130x80	80	14	36°C	
15h	140x80	64	—	36°C	
18h				36°C	
21h	140x80	70	—	36.1°C	

MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA
E TRAUMATOLOGIA
MARCOS AGUIAR
CRM-RR 19858
Residência em Ortopedia e Traumatologia

17- Clonazepam 0.5 EV 12/12h

13- Metformin 850mg 5x/dia vo

17- Gabapentin 500mg 19/12/12 vo

13- Dextro 66h 12/200 18/246. 28/302mg/dl 148mg/dl

2300 Alm. GUIE

CPM. B. B. B.
Jaqueline Mácio Ferro
Aux. de Enfermagem
COREN-RR 556.273

15:45: PA: 130x80 mmHg
FC: 89 bpm TA: 36.0°C
Rec. inf. Clonazepam SC.

1800hs: PA: 130x90 mmHg
FC: 90 bpm TA: 36.4°C
Dextro 256mg/dl
Rec. inf. Clonazepam SC
Rec. inf. Clonazepam SC

NIR
Regulado
para leito

301-401-4 às 11:10h.
Regulação Interna

13 MAR. 2019

4014



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE DAYMAR DA SILVA OLIVEIRA					
AGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA OSSOS DA PERNA ESQ					
ALERGIAS					
IDADE	44	HAS		DM2	
LEITO	401-4	DATA	20/07/2018		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABÉTICOS				
2	AVP				3.00
4	CEFTRIAXONA 1G EV 12/12HRS				notas
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				18 ob
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				5.00
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				ob
15	CURATIVO DIÁRIO				solução
16	GLIBENCLAMIDA 5MG VO 12/12HRS				20 curativo
17	METFORMINA 850MG 1 CP 1 X AO DIA DIPAC				20
18	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS				12 18
19	DEXTRO C/6HRS 111 171 231				24 ob
20					ob
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

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1951/RN

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	Temp
12 H	106/73	85	20	36.0
18 H				
24 H				

Dr. Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

13 MAR 2019

401-4



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

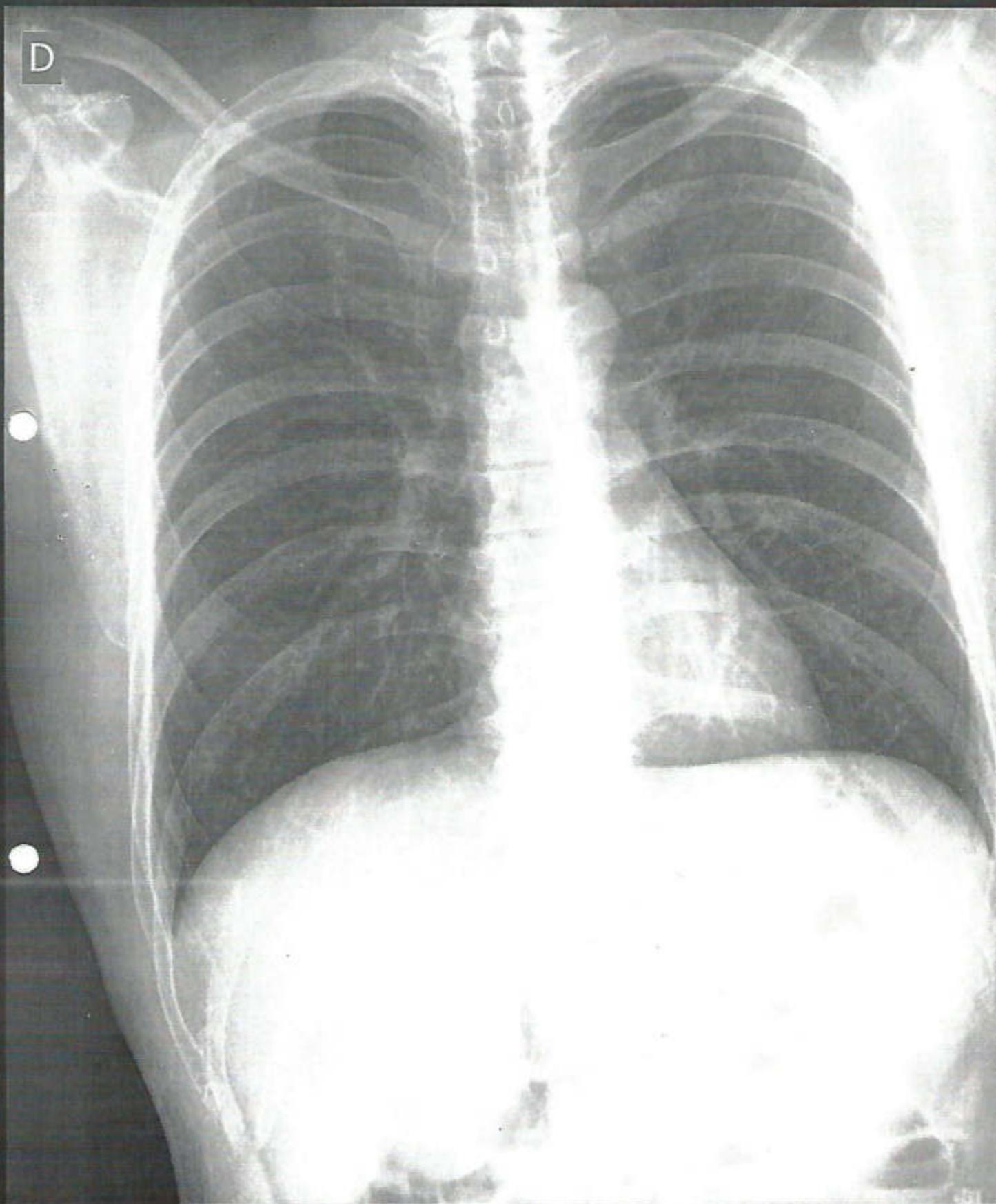
DOENTE Dagnar Da Silva Oliveira, 44 ANOS,
ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 14, 07, 18, COM
DIAGNÓSTICO DE fratura exposta do osso 12º costela (E)
NO DIA 14, 07, 18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Fixação externa (E) SENDO
OPERADO PELO DR. Elder E DR. _____
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 20, 07, 18, ÀS 12, 00h, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.
FOM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
DR. RONEL MOTA NO DIA 06, 08, 18, ÀS 7, 30hs, COM O
Elder

ORIENTAÇÕES GERAIS:

- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

DOENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Bruno

Dr. Odinachi Opremini
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1861/RN



DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA ,

BLOCO D 401-4

20/7/2018 10:57:56

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

64,4 %



D

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **117562** DATA DE EXPIRAÇÃO **06/08/2018**

NOME **DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA**

FILIAÇÃO **ANTONIO MORAES DE OLIVEIRA
GEOCINA SOARES DA SILVA**

NATURALIDADE **BOA VISTA - RR**

DOC ORIGEM **CERTD NASC 9925 FLS 185V LIV A-9**

1º OF **BOA VISTA-RR**

446.894.622-91

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Tendo Participado em Policia Civil

DATA DE NASCIMENTO **26/09/1973**

LEI Nº 7.116 DE 29.08/83

P1

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Polegar Direito





ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

13 MAR 2016

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Dagmar da Silva Oliveira
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Professor
IDENTIDADE:	117562 SSP/RR
ENDEREÇO:	Rua: São Francisco, 74, Cinturão Verde

OUTORGADO

NOME:	Glaci Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua: Antônio P. Galvão, 1832, Curitiba

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Boa Vista, RR, 14/08/2018

LOCAL E DATA



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

DANIEL AQUINO
39740-5672000140728
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
1 DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Assis Toledo, 4507 - Assis Toledo - Boa Vista/RR
Fone: 3625-3027-4196
2oficiohaviata@cartorioaquino.com.br

39.740

Em testemunho da verdade, BPO
Do que deu fé, Boa Vista/RR, 14 de agosto de 2018.
Consulta eletrônica abaixo em: cidades.portalseg.com.br
REC/FIR160296KNNQW1E1ZVT9J63J

Emolumentos: R\$ 2,39 Fundos ISS: R\$ 0,60 Total: R\$ 2,99

39.740

Glaci Inácio de Souza
Escritor Autorizada

13 MAR 2018

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0087702/19

Vítima: DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA

CPF: 446.894.622-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/07/2018

Titular do CPF: DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA : 446.894.622-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/03/2019
Nome: DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA
CPF: 446.894.622-91

DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/03/2019
Nome: LUCIANO OLIVEIRA MOREIRA
CPF: 878.291.693-49

LUCIANO OLIVEIRA MOREIRA