



### PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE: FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA**, brasileiro, casado, autônomo, com RG sob o nº. 148763/SSP (RR), e inscrito no **CPF sob o nº. 659.421.833-68**, telefone nº. (95) 99159-3890, residente e domiciliado à Rua Maria Martins Vieira, nº. 1429, bairro Equatorial, **CEP: 69.317-340**, Boa Vista – RR.

**OUTORGADO: GREGÓRIO COSTA NUNES**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RR nº1753-N, e **JOSÉ SANTANA FEITOSA GUIMARÃES**, estagiário, inscrito na OAB/RR nº 551-E, ambos com endereço profissional na Avenida General Ataíde Teive, nº 2959, Buritis, Boa Vista/RR:

**PODERES:** Por este instrumento particular de procuração, constituo meu procurador o outorgado, concedendo-lhe os poderes da cláusula *ad judicium et extra*, para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

**PODERES ESPECÍFICOS:** A presente procuração outorga ao advogado acima descrito os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber alvará em seu nome, dar quitação, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, conforme art.105 da Lei nº. 13.105, de 16 de março de 2015.

Os poderes específicos acima outorgados poderão ser substabelecidos.

Boa Vista/RR, 19 de fevereiro de 2019.

**FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA**  
OUTORGANTE

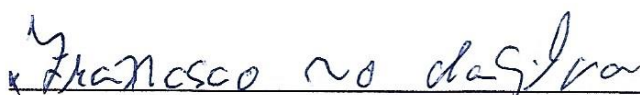


## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA**, brasileiro, casado, autônomo, com **RG sob o nº. 148763/SSP (RR)**, inscrito no **CPF/MF sob o nº. 659.421.833-68**, telefone nº. (95) 99159-3890, residente e domiciliado à Rua Maria Martins Vieira, nº. 1429, bairro Equatorial, Boa Vista-RR, CEP nº. 69.317-340. **DECLARO** para os devidos fins de direito e a quem possa interessar que sou hipossuficiente nos termos da lei, não tendo condições de arcar com eventuais custas e despesas processuais, necessitando do abrigo da Lei nº. 13.105, de 16 de março de 2015.

Por ser a mais lídima expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Boa Vista/RR, 18 de fevereiro de 2019.

  
\_\_\_\_\_  
**FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA**  
DECLARANTE





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito



*Francisco R. da Silva*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **148763** DATA DE EXPEDIÇÃO **30/08/2018**

NOME  
**FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA**

FILIAÇÃO  
LUCAS FÉLIX DA SILVA  
ALZIRA RODRIGUES DA SILVA

NATURALIDADE  
OLHO D'ÁGUA DAS CUNHÃS - MA

DOC. ORIGEM  
CERTD CAS 551 FLS 87 V LIV 06  
MONÇÃO - MA

CPF  
659.421.833-68

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI  
Perito Papiloscópico da Polícia Civil  
Diretor do IOC

DATA DE NASCIMENTO  
**25/12/1962**

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P7

PROIBIDO PLASTIFICAR



26/02/2019

Via de Pagamento para o mes/ano: 02/2019 referente a UC: 750131

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

**VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA**

NF: 2302942

**FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA**

R. MARIA MARTINS VIEIRA, 1429 ,

EQUATORIAL

69317340 BOA VISTA

RR

|               |                  |                              |
|---------------|------------------|------------------------------|
| CÓDIGO ÚNICO  | MÊS              | PERÍODO DE CONSUMO           |
| <b>750131</b> | <b>02/2019</b>   | <b>10-JAN-19 a 07-FEB-19</b> |
| CONSUMO (kWh) | VENCIMENTO       | TOTAL A PAGAR                |
| <b>320</b>    | <b>06-MAR-19</b> | <b>R\$ 276,59</b>            |

**OBSERVAÇÕES**

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

|               |                |                   |
|---------------|----------------|-------------------|
| CÓDIGO ÚNICO  | MÊS            | TOTAL A PAGAR     |
| <b>750131</b> | <b>02/2019</b> | <b>R\$ 276,59</b> |

836200000021.765900750009.000000000752.013102190058





## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito legal que se fizerem necessários e a quem possa interessar, para exclusivamente **COMPROVAÇÃO DE RENDA**, de que Eu, **FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA**, brasileiro (a), autônomo (a), casado (a), portador (a) do **RG 148763 SSP/RR** e **CPF nº 659.421.833-68**, residente e domiciliado (a) à **RUA MARIA MARTINS VIEIRA, Nº1429, BAIRRO EQUATORIAL**, nesta cidade de Boa Vista-RR, recebo mensalmente, a importância supra de **R\$ 998,00 (Novecentos e Noventa e Oito Reais)**, em moeda corrente legal deste país, exercendo a atividade de **VENDEDOR (A)** assim da natureza **AUTÔNOMO**.

E por ser a expressão da verdade, no qual firmo e dou fé a presente Declaração, para que surta e produza os efeitos legais.

Boa Vista – RR, 25 de Fevereiro de 2019.



*Francisco Rodrigues da Silva*  
**FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA**  
(Declarante)



"ENTREGA O TEU CAMINHO AO SENHOR;  
CONFIA NELE, E ELE TUDO FARÁ!"

☎ 99138-6697

Av. General Ataíde Teide, nº 4321 - Asa Branca (ao lado do cartório do 2º ofício) - Boa Vista - RR

485016



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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 041498/2018

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 19/10/2018 12:29 Data/Hora Fim: 19/10/2018 12:42  
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

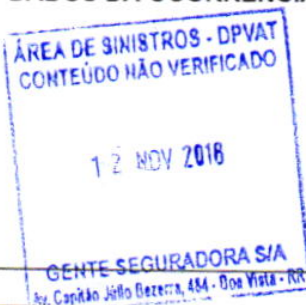
Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 15/06/2018 17:30

**Local do Fato**

Município: Boa Vista (RR)  
Logradouro: Rua N-11

Bairro: Santa Luzia

Tipo do Local: Via Pública



**Natureza**

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

**Meio(s) Empregado(s)**

Veículo

**ENVOLVIDO(S)**

**Nome Civil: FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA (COMUNICANTE, VÍTIMA)**

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: MA - Olho d'Água das Sexo: Masculino Nasc: 25/12/1962  
Profissão: Autônomo  
Estado Civil: Casado(a)  
Nome da Mãe: Alzira Rodrigues da Silva Nome do Pai: Lucas Felix da Silva

**Documento(s)**

RG - Carteira de Identidade: 148763  
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 659.421.833-68

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Rua Maria Martins Vieira  
Bairro: Equatorial  
Telefone: (95) 99159-3890 (Celular)

Nº: 1429

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

**Grupo** Veículo

**Subgrupo** Motocicleta/Motoneta

**Placa** NUI8349

**Número do Chassi** \*\*\*\*\*11698

**Ano/Modelo Fabricação** 2012/2012

**Cor** Vermelha

**UF Veículo** Roraima

**Município Veículo** Boa Vista

**Marca/Modelo** YAMAHA/T115 CRYPTON ED

**Modelo** YAMAHA/T115 CRYPTON ED

**Veículo Adulterado?** Não

**Quantidade** 1 Unidade

**Situação** Envolvido

**Nome Envolvido**

Francisco Rodrigues da Silva

**Envolvimentos**

Proprietário

**RELATO/HISTÓRICO**



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha  
Impresso por: Erico Wallace Bessa Rocha  
Data de Impressão: 19/10/2018 12:42  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041498/2018

O comunicante informa que trafegava pela Rua N-11, sentido bairro, conduzindo a motoneta YAMAHA/T115 CRYPTON ED, placa NAI-8349. Chassi 9C6KE1550C0011698, de propriedade de KARINE EVELIN DA SILVA COSTA, quando foi fecaado por um veiculo cujas caracterisiticas nao sabe informar. Que perdeu o controle e caiu, sofrendo lesões corporais. Que foi socorrido pelo SAMU. Que registra **SOMENTE** para fins de seguro DPVAT. Era o relato.

### ASSINATURAS



Erico Wallace Bessa Rocha  
Responsável pelo Atendimento



Francisco Rodrigues da Silva  
(Comunicante / Vítima)

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



**AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV**  
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN, TRANSFERIR O REGISTRO DESTA VEÍCULO, PARA:

VALOR R\$ 3.000

NOME DO COMPRADOR: Adenilton Santana da Silva

RG: 784.522.362-04 CPF/CNPJ: 784.522.362-04

ENDEREÇO: Maria Martins Vieira  
142088 Bairro: Equatorial

LOCAL E DATA: Boa Vista - 22 de junho 2016

Deulany Neres Pinto  
ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas reincidências até a data da comunicação (lei Federal nº 9.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).

b) O adquirente terá prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 233 do CTB).

c) É obrigatório o reconhecimento de firmas do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade por AUTENTICIDADE.

DE ACORDO: Adenilton Santana da Silva  
ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)  
CONFORME ART. 369 C.P.C.

**CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO**  
Reconheço, 2, por verdadeira  
Boa Vista - RR, 22/06/2016 e dou fe  
@ Lúcio Paes - Substituto  
☐ Vânia Rossy - Escrevente Autorizada  
Marlisson Nocualra - Auxiliar



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - RR Nº 9451190134

**CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO**

VIA 01 COD. RENAVAM 499972589 NOME/ENDEREÇO DEULANY NERES PINTO  
R VER WALDEMAR GOMES  
PINTOLANDIA Nro: 2373  
BDA VISTA-RR 69316760

CPF/CNPJ 008.707.782-50 PLACA NJI8349

NOME ANTERIOR LIRAMOTO LIRA MOTORES LTDA

PLACA ANT/UF 9C6KE1550C0011698 CHASSI 9C6KE1550C0011698

ESPECIE TIPO PAS/MOTONETA/NAO APLIC. COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO YAMAHA/T115 CRYPTON ED ANO FAB 2012 ANO MOD 2012

CAP/POT/CIL 002P/0114CC CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE VERMELHA

OBSERVAÇÕES AL.FID. YAMAHA ADM DE CONSORCIO LTDA X P  
ROIR SAIR AMAZ OCIDENTAL PARA TRANSFERENCIA  
GUARDE EM LOCAL SEGURO

BOA Deulany Neres Pinto DATA 12/12/2012  
Pirator - Presidente  
DETRAN/RR



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ADENILTON SANTANA DA SILVA,  
RG nº 245906, data de expedição 23/05/17,  
Órgão SSP/RR, portador do CPF nº 784.522.362-04, com  
domicílio na cidade de BOA VISTA, no Estado de  
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
RUA MARIA MARTINS VIEIRA Nº 1429 B:, nº 1429,  
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA cujo o condutor era  
FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA.

Veículo: motocicleta  
Modelo: YAMAHA-TMS CRYPTON ED.  
Ano: 2012 - 2012  
Placa: NV1-8349  
Chassi: 9C8KE1550C0011698  
Data do Acidente: 15-07-2018  
Local e Data: BOA VISTA-RR-13 de Agosto 2018

Adenilton Santana da Silva  
Assinatura do Declarante

Francisco Rodrigues da Silva

Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA

CPF da Vítima

659.421.833-68

Data do Acidente

15-07-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Boa Vista, 08 de Novembro de 2018

Local e Data

Francisco Rodrigues da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

nes:91354951204,

26/02/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Prontuário Médico

15/07/2018

... Guia de Atendimento 02 ...

M<sup>re</sup> Evelyn M. Balduino  
Téc. em Enfermagem  
COREN-RR 006.106.11  
**HGR**

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

|                                                                                                                                                                                                                            |                              |                                    |                                                                                                                                                            |                             |               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------|
| 1800981668                                                                                                                                                                                                                 | 15/07/2018 18:15:42          | FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA |                                                                                                                                                            | DIURNO 07-19                | 38            |
| Paciente                                                                                                                                                                                                                   |                              | Data Nascimento                    | Idade                                                                                                                                                      | CNS                         | CPF           |
| FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA                                                                                                                                                                                               |                              | 25/12/1962                         | 55 A 6 M 21 D                                                                                                                                              | 898002745047916             | 65942183368   |
| Tipo Doc                                                                                                                                                                                                                   | Documento                    | Órgão Emissor                      | Data Emissão                                                                                                                                               | Sexo                        | Estado Civil  |
| IDENTIDADE                                                                                                                                                                                                                 | 148703                       | SSP RR                             | 24/05/2005                                                                                                                                                 | M                           | PARDA         |
| Mãe                                                                                                                                                                                                                        |                              | Pai                                |                                                                                                                                                            | Naturalidade                |               |
| ALZIRA RODRIGUES DA SILVA                                                                                                                                                                                                  |                              | LUCAS FELIX DA SILVA               |                                                                                                                                                            | OLHO D'AGUA DAS CUNHAS - MA |               |
| Endereço                                                                                                                                                                                                                   |                              | Contato                            |                                                                                                                                                            | Ocupação                    |               |
| RUA - MARIA MARTINS VIEIRA - 1429 - EQUATORIAL - BOA VISTA - RR                                                                                                                                                            |                              | (95) 99114-5833                    |                                                                                                                                                            | NÃO INFORMADA               |               |
| Class. de Risco                                                                                                                                                                                                            | Plano Convênio               | Nº da Carteira                     | Validade                                                                                                                                                   | Autorização                 | Sig. Prenatal |
|                                                                                                                                                                                                                            | SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE |                                    |                                                                                                                                                            |                             |               |
| Motivo do Atendimento                                                                                                                                                                                                      | Caráter do Atendimento       | Profissional do Atend.             | Procedência                                                                                                                                                | Temp.                       | Peso          |
| OUTROS                                                                                                                                                                                                                     | URGÊNCIA                     |                                    |                                                                                                                                                            |                             |               |
| Sector                                                                                                                                                                                                                     | Tipo de Chegada              | Procedimento Sol.                  | Registrado por:                                                                                                                                            |                             |               |
| GRANDE TRAUMA                                                                                                                                                                                                              | DEMANDA ESPONTANEA           |                                    | JACKSON.SADOVSKI                                                                                                                                           |                             |               |
| Queixa Principal                                                                                                                                                                                                           |                              |                                    |                                                                                                                                                            |                             |               |
| <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue                                                                                     |                              |                                    |                                                                                                                                                            |                             |               |
| Anamnese de Enfermagem                                                                                                                                                                                                     |                              |                                    |                                                                                                                                                            |                             |               |
|                                                                                                                                                                                                                            |                              |                                    | GSC                                                                                                                                                        | TOTAL                       |               |
|                                                                                                                                                                                                                            |                              |                                    | AQ: 1234 RV: 12345 MRV: 123456                                                                                                                             |                             |               |
| Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)                                                                                                                                                                                 |                              |                                    |                                                                                                                                                            |                             |               |
| Exame Físico                                                                                                                                                                                                               |                              |                                    |                                                                                                                                                            |                             |               |
| Act. cl. dor + deformidade<br>antebraço e                                                                                                                                                                                  |                              |                                    |                                                                                                                                                            |                             |               |
| Hipótese Diagnóstica                                                                                                                                                                                                       |                              |                                    |                                                                                                                                                            |                             |               |
| A. Definição Radial.                                                                                                                                                                                                       |                              |                                    |                                                                                                                                                            |                             |               |
| SADT - Exames Complementares                                                                                                                                                                                               |                              |                                    |                                                                                                                                                            |                             |               |
| <input type="checkbox"/> RAO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SOM <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS: |                              |                                    |                                                                                                                                                            |                             |               |
| PRESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                 |                              |                                    | APRAZAMENTO                                                                                                                                                | OBSERVAÇÃO                  |               |
| Demanda                                                                                                                                                                                                                    |                              |                                    |                                                                                                                                                            |                             |               |
| Conduta                                                                                                                                                                                                                    |                              |                                    |                                                                                                                                                            |                             |               |
| <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica<br><input type="checkbox"/> Alta a Pedido<br><input type="checkbox"/> Alta a Revelar<br><input type="checkbox"/> Transferência para:                                      |                              |                                    | <input type="checkbox"/> Ambulatório<br><input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)<br><input type="checkbox"/> Internação<br>Data e Hora da Saída/Alta: |                             |               |
| Óbito                                                                                                                                                                                                                      |                              |                                    |                                                                                                                                                            |                             |               |
| Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica                                              |                              |                                    |                                                                                                                                                            |                             |               |

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
AV. Brig. Eduardo Gomes, 3308  
Novo Planalto - RR (95) 2111-0020  
**AUTENTICAÇÃO**  
10 JUL 2018  
Certifico e sou fê que a presente  
cópia é fiel reprodução Original  
que foi apresentado neste Hospital

Dr. Anderson P. Silva  
Médico  
CRM 10.000.000.000.000.000

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Pereira, 414 - Boa Vista - RR

Impresso por: Jackson.SADOVSKI  
Data Hora: 15/07/2018 18:29:55



| 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                                    |  |                     |  | 2 - CNES                                                       |  |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE                                     |  |                     |  | 4 - CNES                                                       |  |
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE                                                           |  |                     |  |                                                                |  |
| 5 - NOME DO PACIENTE                                                                |  |                     |  | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO                                           |  |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)                                                  |  |                     |  | 8 - DATA DE NASCIMENTO                                         |  |
| 9 - SEXO                                                                            |  |                     |  | 10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL                             |  |
| 11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)                                                     |  |                     |  | 12 - TELEFONE DE CONTATO                                       |  |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA                                                        |  |                     |  | 14 - CDD. IBGE MUNICIPAL                                       |  |
| 15 - UF                                                                             |  |                     |  | 16 - CEP                                                       |  |
| JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO                                                         |  |                     |  |                                                                |  |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS                                          |  |                     |  |                                                                |  |
| 18 - CONDIÇÕES DE INTERNAÇÃO                                                        |  |                     |  |                                                                |  |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) |  |                     |  |                                                                |  |
| 20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO                                                       |  |                     |  |                                                                |  |
| 21 - CID 10 PRINCIPAL                                                               |  |                     |  |                                                                |  |
| 22 - CID 10 SECUNDÁRIO                                                              |  |                     |  |                                                                |  |
| 23 - CID 10 TERCIÁRIO                                                               |  |                     |  |                                                                |  |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO                                           |  |                     |  |                                                                |  |
| 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO                                                         |  |                     |  |                                                                |  |
| 26 - CLÍNICA                                                                        |  |                     |  |                                                                |  |
| 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO                                                          |  |                     |  |                                                                |  |
| 28 - DOCUMENTO                                                                      |  |                     |  |                                                                |  |
| 29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE                  |  |                     |  |                                                                |  |
| 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE                                  |  |                     |  |                                                                |  |
| 31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO                                                            |  |                     |  |                                                                |  |
| 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                              |  |                     |  |                                                                |  |
| PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)                      |  |                     |  |                                                                |  |
| 33 - ACIDENTE DE TRABALHO                                                           |  |                     |  |                                                                |  |
| 34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO                                                    |  |                     |  |                                                                |  |
| 35 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO                                                   |  |                     |  |                                                                |  |
| 36 - CNPJ DA SEGURADORA                                                             |  |                     |  |                                                                |  |
| 37 - Nº DO RELATÓRIO                                                                |  |                     |  |                                                                |  |
| 38 - SÉRIE                                                                          |  |                     |  |                                                                |  |
| 39 - CNPJ EMPRESA                                                                   |  |                     |  |                                                                |  |
| 40 - CNAE DA EMPRESA                                                                |  |                     |  |                                                                |  |
| 41 - CBOE                                                                           |  |                     |  |                                                                |  |
| 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA                                                      |  |                     |  |                                                                |  |
| 43 - EMPREGADO                                                                      |  |                     |  |                                                                |  |
| 44 - EMPREGADOR                                                                     |  |                     |  |                                                                |  |
| 45 - AUTÔNOMO                                                                       |  |                     |  |                                                                |  |
| 46 - DESEMPREGADO                                                                   |  |                     |  |                                                                |  |
| 47 - APOSENTADO                                                                     |  |                     |  |                                                                |  |
| 48 - NÃO SEGURO                                                                     |  |                     |  |                                                                |  |
| AUTORIZAÇÃO                                                                         |  |                     |  |                                                                |  |
| 49 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                               |  |                     |  |                                                                |  |
| 50 - CDD. ORGÃO EMISSOR                                                             |  |                     |  |                                                                |  |
| 51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR                                     |  |                     |  |                                                                |  |
| 52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO                                                            |  |                     |  |                                                                |  |
| 53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                              |  |                     |  |                                                                |  |

301-1

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

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

**12 NOV 2018**

|                  |  |                                                                                                                                                                                                                               |  |      |  |                      |  |
|------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------|--|----------------------|--|
| DATA DE ADMISSÃO |  | DIH                                                                                                                                                                                                                           |  | DN   |  | GENTE SEGURADORA S/A |  |
| PACIENTE         |  | HAS                                                                                                                                                                                                                           |  | NEGA |  | DM2                  |  |
| DIAGNÓSTICO      |  | LEITO                                                                                                                                                                                                                         |  | DATA |  | 15/07                |  |
| ALERGIAS         |  | NEGA                                                                                                                                                                                                                          |  | DM2  |  | NEGA                 |  |
| IDADE            |  | LEITO                                                                                                                                                                                                                         |  | DATA |  | 15/07                |  |
| ITEM             |  | PRESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                    |  |      |  | HORÁRIO              |  |
| 1                |  | DIETA ORAL LIVRE                                                                                                                                                                                                              |  |      |  | S/N                  |  |
| 2                |  | AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia                                                                                                                                                                                                      |  |      |  | SUSPENSO             |  |
| 3                |  | CEFALOTINA 1G EV 6/6H                                                                                                                                                                                                         |  |      |  | SUSPENSO             |  |
| 4                |  | TILATIL 20mg 12/12hs                                                                                                                                                                                                          |  |      |  | 20 08                |  |
| 5                |  | DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N                                                                                                                                                                                                       |  |      |  | 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                                                                                                                                                                                                      |  |      |  | 20 08                |  |
| 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 DIÁRIO                                                                                                                                                                                                               |  |      |  | S/N                  |  |
| 15               |  |                                                                                                                                                                                                                               |  |      |  |                      |  |
| 16               |  |                                                                                                                                                                                                                               |  |      |  |                      |  |
| 17               |  |                                                                                                                                                                                                                               |  |      |  |                      |  |
| 18               |  |                                                                                                                                                                                                                               |  |      |  |                      |  |
| 19               |  |                                                                                                                                                                                                                               |  |      |  |                      |  |
| 20               |  | <b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINÁ REGULAR (SC),<br/>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br/>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%<br/>40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b> |  |      |  |                      |  |

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

Ao bloco para programação cirúrgica

24:00  
Fe: 70/60  
pp: 140x100mm  
Fe: 23/12/18



De 24.00h chegou ao bloco  
paciente no macio C  
at 06.00h  
PA: 160x130  
FC: 68  
T: 36.4  
D: +  
C: +

| SINAIS VITAIS |  |  |  |  |
|---------------|--|--|--|--|
| 6 H           |  |  |  |  |
| 12 H          |  |  |  |  |
| 18 H          |  |  |  |  |
| 24 H          |  |  |  |  |

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

23:00 - PP: 140x100mm (Fe)  
Fe: 105/80mm

Os 27.00 Recebeu atendimento ao Bloco C, após contato com  
superintendente plantonista, foi acompanhado de 100 de diáfragma

15 JUL 2018

401-2 15:30

|                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                     |                                      |       |                                                                                     |          |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------|
|  |                                                                                                                                                                                                                     | SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA       |       |  |          |
|                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                     | SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |       |                                                                                     |          |
| GOVERNO DE RORAIMA<br>Hospital Geral de Roraima                                  |                                                                                                                                                                                                                     |                                      |       |                                                                                     |          |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                |                                                                                                                                                                                                                     |                                      |       |                                                                                     |          |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                 |                                                                                                                                                                                                                     | DIH                                  |       | DN                                                                                  |          |
| PACIENTE                                                                         |                                                                                                                                                                                                                     | Francisco R. da Silva                |       |                                                                                     |          |
| DIAGNÓSTICO                                                                      |                                                                                                                                                                                                                     |                                      |       |                                                                                     |          |
| ALERGIAS                                                                         |                                                                                                                                                                                                                     | HAS                                  | NEGA  | DM2                                                                                 | NEGA     |
| IDADE                                                                            |                                                                                                                                                                                                                     | LEITO                                | 301-1 | DATA                                                                                | 16/07/19 |
| ITEM                                                                             | PRESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                          |                                      |       |                                                                                     | HORÁRIO  |
| 1                                                                                | DIETA ORAL LIVRE                                                                                                                                                                                                    |                                      |       |                                                                                     | SN       |
| 2                                                                                | AVP: SF0.9% 500ml 1X/die                                                                                                                                                                                            |                                      |       |                                                                                     | —        |
| 3                                                                                | CEFALOTINA 1G EV 6/6h <i>Depenne</i>                                                                                                                                                                                |                                      |       |                                                                                     | —        |
| 4                                                                                | TILATIL 20mg 12/12hs <i>S/N</i>                                                                                                                                                                                     |                                      |       |                                                                                     | SN       |
| 5                                                                                | DIPIRONA 2ML EV 6/6 <i>SN</i>                                                                                                                                                                                       |                                      |       |                                                                                     | SN       |
| 6                                                                                | TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU u1cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA                                                                                                                                            |                                      |       |                                                                                     | SN       |
| 7                                                                                | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)                                                                                                                                                                                          |                                      |       |                                                                                     | SN       |
| 8                                                                                | RANITIDINA 50MG EV 8/8hs ( <i>S/N</i> )                                                                                                                                                                             |                                      |       |                                                                                     | SN       |
| 9                                                                                | SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)                                                                                                                                                                         |                                      |       |                                                                                     | SN       |
| 10                                                                               | SSVV + CCGG 6/6 H                                                                                                                                                                                                   |                                      |       |                                                                                     |          |
| 12                                                                               | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG                                                                                                                                                                   |                                      |       |                                                                                     | SN       |
| 14                                                                               | CURATIVO DIARIO                                                                                                                                                                                                     |                                      |       |                                                                                     |          |
| 15                                                                               |                                                                                                                                                                                                                     |                                      |       |                                                                                     |          |
| 16                                                                               |                                                                                                                                                                                                                     |                                      |       |                                                                                     |          |
| 17                                                                               |                                                                                                                                                                                                                     |                                      |       |                                                                                     |          |
| 18                                                                               |                                                                                                                                                                                                                     |                                      |       |                                                                                     |          |
| 19                                                                               |                                                                                                                                                                                                                     |                                      |       |                                                                                     |          |
| 20                                                                               | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINÂ REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%<br>40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                      |       |                                                                                     |          |
| EVOLUÇÃO MÉDICA:                                                                 |                                                                                                                                                                                                                     |                                      |       |                                                                                     |          |

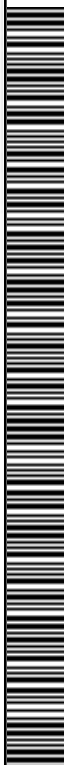
• Ao bloco para programação cirúrgica



|               |  |  |  |  |
|---------------|--|--|--|--|
| SINAIS VITAIS |  |  |  |  |
| 6 H           |  |  |  |  |
| 12 H          |  |  |  |  |
| 18 H          |  |  |  |  |
| 24 H          |  |  |  |  |

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

16:00 hrs.  
PA 140x80 mmHg  
FC 72 bpm  
W 36 kg  
D 172 cm  
Cedevania Silva Costa  
Téc. de Enfermagem  
16/07/2019



| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                                           |                                                       |       |       |      |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------|-------|------|------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                                      |                                                       |       |       |      |            |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                                |                                                       |       |       |      |            |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                   |                                                       |       |       |      |            |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                    | 15/07/2018                                            | DIH   |       | DN   | 25/12/1962 |
| ENTE                                                                                                                                                                                                                | FRANCISCO RODRIGES DA SILVA                           |       |       |      |            |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                         | FRATURA DIAFISÁRIA RADIO ESQUERDO                     |       |       |      |            |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                            |                                                       | HAS   |       | DM2  |            |
| IDADE                                                                                                                                                                                                               | 55                                                    | LEITO | 401-2 | DATA | 18/07/2018 |
| TERA                                                                                                                                                                                                                | PRESCRIÇÃO                                            |       |       |      | HORÁRIO    |
| 1                                                                                                                                                                                                                   | DIETA ORAL LIVRE                                      |       |       |      | S+V        |
| 2                                                                                                                                                                                                                   | AVI                                                   |       |       |      | 22:00      |
| 4                                                                                                                                                                                                                   | CEFALOTINA 1G EV 6/6H                                 |       |       |      | 22:00      |
| 7                                                                                                                                                                                                                   | TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N                       |       |       |      |            |
| 8                                                                                                                                                                                                                   | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                               |       |       |      |            |
| 9                                                                                                                                                                                                                   | DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N                            |       |       |      |            |
| 10                                                                                                                                                                                                                  | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA |       |       |      |            |
| 11                                                                                                                                                                                                                  | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG   |       |       |      |            |
| 12                                                                                                                                                                                                                  | SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N                   |       |       |      |            |
| 13                                                                                                                                                                                                                  | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O              |       |       |      |            |
| 14                                                                                                                                                                                                                  | SSVV + CCGG 6/6 H                                     |       |       |      |            |
| 15                                                                                                                                                                                                                  | CURATIVO DIÁRIO                                       |       |       |      |            |
| 16                                                                                                                                                                                                                  |                                                       |       |       |      |            |
| 17                                                                                                                                                                                                                  |                                                       |       |       |      |            |
| 18                                                                                                                                                                                                                  |                                                       |       |       |      |            |
| 19                                                                                                                                                                                                                  |                                                       |       |       |      |            |
| 20                                                                                                                                                                                                                  |                                                       |       |       |      |            |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                       |       |       |      |            |
| EVOLUÇÃO MÉDICA:                                                                                                                                                                                                    |                                                       |       |       |      |            |
| - PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,                                                                                                                                                          |                                                       |       |       |      |            |
| - ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES                                                                                                                                                                                       |                                                       |       |       |      |            |
| - EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,                                                                                                                                               |                                                       |       |       |      |            |
| - MUCOCORADO, HIDRATADO,                                                                                                                                                                                            |                                                       |       |       |      |            |
| - SOLICITADO:                                                                                                                                                                                                       |                                                       |       |       |      |            |
| - CONDUÇÃO:                                                                                                                                                                                                         |                                                       |       |       |      |            |
| - PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NÃO                                                                                                                                                                                      |                                                       |       |       |      |            |
| - PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO                                                                                                                                                                                    |                                                       |       |       |      |            |
| SINAIS VITAIS                                                                                                                                                                                                       |                                                       |       |       |      |            |
| CH                                                                                                                                                                                                                  | 150/90                                                | FC    | 80    | FR   | 14 36°C    |
| 12 H                                                                                                                                                                                                                | 150/90                                                |       |       |      | 36°C       |
| 13 H                                                                                                                                                                                                                | 143/99                                                | 82    | 20    |      | 35.5       |
| 14 H                                                                                                                                                                                                                | 148/110                                               | 97    | 16    |      | 36.5°C     |

Dr. Odinachi Okemiri  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1861/ROR

Dr. Odinachi Okemiri  
Residente De Ortopedia e  
Traumatologia

Das 13 as 14h, examinados  
pedúnculos com (PM) + 15h  
24:00h -> Cliente com hipertensão. Medicação  
com paracetamol (11) da madrugada.  
Krimilson Fernandes Sousa  
Jesse  
701027

401-2

# 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

Chats 11/18/4 74 19 364

| SINAIS VITAIS |        |    |    |       |
|---------------|--------|----|----|-------|
| 6 H           | PA     | FC | FR |       |
| 12 H          | 143/87 | 70 | 20 | 36,3° |
| 18 H          |        |    |    |       |
| 24 H          | 140/80 | 72 | 22 | 36    |

Dr. Odinachi Okemiri  
Residente De Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 186578

07 as 13hs - Atendimento medicado cpm, oferecido Sinais Vitais  
13 as 13hs. - Atendimento medicado cpm, oferecido SSUV.  
19 as 07 Atendimento SSUV e ad medicado

Leidi C. Messchmidt  
Atendente Enfermagem  
COPEN-RR 527001-AUX

Juliana Regina Maciel  
Técnicas de Enfermagem  
COPEN-RR 987.287-EE



401-2

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

|                                                                                                                                                                                                            |      |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------|
| DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                | DIH  | DN         |
| 55                                                                                                                                                                                                         | 30/1 | 16/07/2018 |
| HAS                                                                                                                                                                                                        | DM2  |            |
| LEITO                                                                                                                                                                                                      | DATA |            |
| PRESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                 |      | HORÁRIO    |
| DIETACAL LIVRE                                                                                                                                                                                             |      | SND        |
| AVP                                                                                                                                                                                                        |      |            |
| TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N                                                                                                                                                                            |      |            |
| DIPIRONA 01 G. EV DE 6/6 HS                                                                                                                                                                                |      |            |
| TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA                                                                                                                                               |      |            |
| PLASOL 10 mg EV 8/8h (S/N)                                                                                                                                                                                 |      |            |
| CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG                                                                                                                                                        |      |            |
| SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)                                                                                                                                                                |      |            |
| CURATIVO DIÁRIO                                                                                                                                                                                            |      |            |
| SSVV + CCGG 6/6 H                                                                                                                                                                                          |      |            |
| 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 |      |            |

EXAME FÍSICO:

CONDIÇÃO DO PACIENTE: DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO.

DIETACAL, SEM ALTERAÇÕES

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

COM CORADO, HÍDRATADO.

CONDIÇÃO:

CONDIÇÃO:

CONDIÇÃO DE CIRURGIA: NÃO

CONDIÇÃO DE ALTA: SEM REVISÃO

| PA      | FC | FR | TEMP   |
|---------|----|----|--------|
| 140/100 | 53 | -  | 35.6°C |
| 140/110 | 63 | -  | 35.4°C |
| 180/100 | 69 | 20 | 35.0°C |
| 129/86  | 62 | -  | 35.2°C |

Dr Odinochi Okemiri  
Residente de Ortopedia e  
Traumatologia

ÁREA DE SINISTROS - DP  
CONTEÚDO NÃO VERIFICA

12 NOV 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Contão João Bezerra, 484 - Boa Vista

NIR  
Regulado  
para leito  
BCD 401-2 a 13455  
Regulação Interna

13/07/2018 07:00h  
Paciente admitido  
em sala de observação  
de risco. Vigiado  
atento. Sem alteração  
de sinais vitais.  
Sílvia Teixeira Farias  
Auxiliar de Enfermagem  
COREN-RR 417074-AUX

36.00 hrs

PA 140x80 mmHg

FC 72 bpm

T 36.4°C

17 hrs - Adm. med. do item (9) pois pct  
apresentou PA 180/100.

PA = 130/80

FC = 68

FR = 20

Júlia Maria Fereira de Sousa  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RR 573.574-TE

Júlia Maria Fereira de Sousa  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RR 573.574-TE

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                                           |                                                        |            |       |      |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------|-------|------|------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                                      |                                                        |            |       |      |            |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                                |                                                        |            |       |      |            |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                   |                                                        |            |       |      |            |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                    |                                                        | 15/07/2018 | DIH   | DN   | 25/12/1962 |
| PACIENTE FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA                                                                                                                                                                               |                                                        |            |       |      |            |
| AGNÓSTICO FRATURA DISFISARIA RADIO ESQUERDO                                                                                                                                                                         |                                                        |            |       |      |            |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                            |                                                        | HAS        | DM2   |      |            |
| IDADE                                                                                                                                                                                                               | 55                                                     | LEITO      | 401-2 | DATA | 17/07/2018 |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                | PRESCRIÇÃO                                             |            |       |      | HORÁRIO    |
| 1                                                                                                                                                                                                                   | DIETA ORAL LIVRE                                       |            |       |      | 5:00       |
| 2                                                                                                                                                                                                                   | AVP                                                    |            |       |      | 12:18      |
| 4                                                                                                                                                                                                                   | CEFALOTINA 1G EV 6/6H                                  |            |       |      | 5:00       |
| 7                                                                                                                                                                                                                   | TENOXICAM 40 MG EV D1 X DIA S/N                        |            |       |      | 5:00       |
| 8                                                                                                                                                                                                                   | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                                |            |       |      | 5:00       |
| 9                                                                                                                                                                                                                   | DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N                             |            |       |      | 5:00       |
| 10                                                                                                                                                                                                                  | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA |            |       |      | 5:00       |
| 11                                                                                                                                                                                                                  | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG    |            |       |      | 5:00       |
| 12                                                                                                                                                                                                                  | SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N                    |            |       |      | 5:00       |
| 13                                                                                                                                                                                                                  | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O               |            |       |      | 5:00       |
| 14                                                                                                                                                                                                                  | SSVV + CCGG 6/6 H                                      |            |       |      | 5:00       |
| 15                                                                                                                                                                                                                  | CURATIVO DIÁRIO                                        |            |       |      | 5:00       |
| 16                                                                                                                                                                                                                  |                                                        |            |       |      |            |
| 17                                                                                                                                                                                                                  |                                                        |            |       |      |            |
| 18                                                                                                                                                                                                                  |                                                        |            |       |      |            |
| 19                                                                                                                                                                                                                  |                                                        |            |       |      |            |
| 20                                                                                                                                                                                                                  |                                                        |            |       |      |            |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                        |            |       |      |            |

#### EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

# SOLICITADO:

# CONDUTA:

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

#### SINAIS VITAIS

| 6 H | PA     | FC | FR |      |
|-----|--------|----|----|------|
| 12H | 120/80 | 82 | 18 | 36,2 |
| 18H | 155/90 | 64 | 20 | 36,2 |
| 24H | 150/90 | 66 | 19 | 35,9 |

Dr. Odinachi Okemiri  
Residente De Ortopedia e  
Traumatologia

GENTE SEGURADORA S/A  
12 NOV 2018  
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

OBS. Administrado med.  
Cacois conforme presc.  
Lp's das 18:00 as 7:00  
e afondo suas vit.

Paciente Alencar Rodrigues  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RR 151.318-TE

41.15hs Afundado SSVV. Aguar  
com observações Malignto ilon

41. Tec Sugom

3.00 as 19.00h  
Realizado administração de medicação de horário

Colaboração Exat. do PROJ.  
DATA 13/07/18  
HORA 06:00  
colto

401-2



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



|                                                                                                                                                                                                                            |                                                       |       |       |      |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------|-------|------|------------|
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                           | 15/07/2018                                            | DIH   |       | DN   | 25/12/1962 |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                                   | FRANCISCO RODRIGES DA SILVA                           |       |       |      |            |
| AGNOSTIC                                                                                                                                                                                                                   | FRATURA DIAFISARIA RADIO ESQUERDO                     |       |       |      |            |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                   |                                                       | HAS   |       | DM2  |            |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                      | 55                                                    | LEITO | 401-2 | DATA | 20/07/2018 |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                       | PRESCRIÇÃO                                            |       |       |      | HORÁRIO    |
| 1                                                                                                                                                                                                                          | DIETA ORAL LIVRE                                      |       |       |      | S.U.D      |
| 2                                                                                                                                                                                                                          | AVP                                                   |       |       |      |            |
| 4                                                                                                                                                                                                                          | CEFALOTINA 1G EV 6/6H                                 |       |       |      |            |
| 7                                                                                                                                                                                                                          | TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N                       |       |       |      |            |
| 8                                                                                                                                                                                                                          | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                               |       |       |      |            |
| 9                                                                                                                                                                                                                          | DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N                            |       |       |      |            |
| 10                                                                                                                                                                                                                         | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA |       |       |      |            |
| 11                                                                                                                                                                                                                         | CAPTOPRIL 25 mg VO/SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG   |       |       |      |            |
| 12                                                                                                                                                                                                                         | SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N                   |       |       |      |            |
| 13                                                                                                                                                                                                                         | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O              |       |       |      |            |
| 14                                                                                                                                                                                                                         | SSVV + CCGG 6/6 H                                     |       |       |      |            |
| 15                                                                                                                                                                                                                         | CURATIVO DIÁRIO                                       |       |       |      |            |
| 16                                                                                                                                                                                                                         |                                                       |       |       |      |            |
| 17                                                                                                                                                                                                                         |                                                       |       |       |      |            |
| 18                                                                                                                                                                                                                         |                                                       |       |       |      |            |
| 19                                                                                                                                                                                                                         |                                                       |       |       |      |            |
| 20                                                                                                                                                                                                                         |                                                       |       |       |      |            |
| <b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SCB)<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                       |       |       |      |            |

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
12 NOV 2018

DE SINISTROS - C  
HÍDO NÃO VERIF

12 NOV 2018

ENTE SEGURADORA  
João Batista, 414 - Boa Vi

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 165189

Dr. Odinachi Okemiri  
Residente De Ortopedia e  
Traumatologia

| SINAIS VITAIS |        |    |    |      |
|---------------|--------|----|----|------|
| 6 H           | PA     | FC | FR | TAx  |
| 12 H          | 134/80 | 72 | 20 | 36.4 |
| 18 H          | 162/40 | 76 | 20 | 34.4 |
| 24 H          | 160/89 | 74 | 20 | 36   |

07 às 13 adm, medicação verificada sinais vitais - padrão

13 às 19 hs - Adm. Med. de horário, aferido SSVV, segue aos cuidados da enfermagem. Tec. Julis  
Júlio Maria Ferreira de Sousa  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RN 573.674-TE

401.2

**Dr. Oshinachi Okemini**  
Medical Residents  
Infectious & Traumatology  
Case: 18011999

24/06. Paciente relata ser hipertenso, que fez uso de medicação para hipertensão em casa (losartano). No 24/06. PA 190/110, paciente usou medicação losartano, pois relata que não fez uso de captopril, medicamento que está prescrito. Relata que ~~tem~~ a medicação captopril faz mal.



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

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

|                                                                                                                                                                                                                            |                                                       |       |       |      |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------|-------|------|-------------|
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                           | 15/07/2018                                            | DIH   |       | DN   | 25/12/1962  |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                                   | FRANCISCO RODRIGES DA SILVA                           |       |       |      |             |
| AGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                  | FRATURA DIAFISARIA RADIO ESQUERDO                     |       |       |      |             |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                   | HAS DM2                                               |       |       |      |             |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                      | 55                                                    | LEITO | 401-2 | DATA | 22/07/2018  |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                       | PRESCRIÇÃO                                            |       |       |      | HORÁRIO     |
| 1                                                                                                                                                                                                                          | DIETA ORAL LIVRE                                      |       |       |      | 300         |
| 2                                                                                                                                                                                                                          | AVP                                                   |       |       |      |             |
| 4                                                                                                                                                                                                                          | CEFALOTINA 1G EV 6/8H                                 |       |       |      | 12/17/29/06 |
| 7                                                                                                                                                                                                                          | TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N                       |       |       |      |             |
| 8                                                                                                                                                                                                                          | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                               |       |       |      |             |
| 9                                                                                                                                                                                                                          | DIPIRONA 1G EV DE 6/8H S/N                            |       |       |      |             |
| 10                                                                                                                                                                                                                         | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA |       |       |      |             |
| 11                                                                                                                                                                                                                         | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG   |       |       |      |             |
| 12                                                                                                                                                                                                                         | SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N                   |       |       |      |             |
| 13                                                                                                                                                                                                                         | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O              |       |       |      |             |
| 14                                                                                                                                                                                                                         | SSVV + CCGG 6/6 H                                     |       |       |      |             |
| 15                                                                                                                                                                                                                         | CURATIVO DIÁRIO                                       |       |       |      |             |
| 16                                                                                                                                                                                                                         |                                                       |       |       |      |             |
| 17                                                                                                                                                                                                                         |                                                       |       |       |      |             |
| 18                                                                                                                                                                                                                         |                                                       |       |       |      |             |
| 19                                                                                                                                                                                                                         |                                                       |       |       |      |             |
| 20                                                                                                                                                                                                                         |                                                       |       |       |      |             |
| <b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                       |       |       |      |             |

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

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

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

# SOLICITADO:

# CONDUTA:

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

| SINAIS VITAIS |         |    |    |        |
|---------------|---------|----|----|--------|
| 6 H           | PA      | FC | FR |        |
| 12 H          | 170/100 | 75 | 20 | 36,6°C |
| 18 H          | 170/105 | 76 | 20 | 36,6°C |
| 24 H          | 140/110 | 82 | 20 | 36,6°C |

Dr Odinachi Okemiri  
 Residente De Ortopedia e  
 Traumatologia

ÁREA DE SINISTROS - DPVA  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 NOV 2018

AGENTE SEGURADORA S/A  
 Av. Cristiano João Batista, 484 - Boa Vista - RR

Dr Odinachi Okemiri  
 Médico Residente  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM: 186178

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                       |            |            |    |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------|------------|----|------------|
|  <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b><br><b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b><br><b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b><br><b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>   |                                                       |            |            |    |            |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                       | 15/07/2018 | DIH        | DN | 25/12/1962 |
| PACIENTE FRANCISCO RODRIGES DA SILVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                       |            |            |    |            |
| AGNÓSTICO FRATURA DIAFISARIA RADIO ESQUERDO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                       |            |            |    |            |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                       |            |            |    |            |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 55                                                    | HAS        | DM2        |    |            |
| LEITO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 401-2                                                 | DATA       | 23/07/2018 |    |            |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | PRESCRIÇÃO                                            |            |            |    | HORÁRIO    |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | DIETA ORAL LIVRE                                      |            |            |    | 5:00       |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | AVP                                                   |            |            |    | 12:30      |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | CEFALOTINA 1G EV 8/8H                                 |            |            |    | 12:30      |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | TENOXICAM 40 MG EV 0,1 X DIA S/N                      |            |            |    | 12:30      |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                               |            |            |    | 12:30      |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N                            |            |            |    | 12:30      |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA |            |            |    | 12:30      |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG   |            |            |    | 12:30      |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N                   |            |            |    | 12:30      |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O              |            |            |    | 12:30      |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ÁREA DE VISTAS                                        |            |            |    | 12:30      |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | CURATIVO DIÁRIO                                       |            |            |    | 12:30      |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                       |            |            |    | 12:30      |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 12 NOV 2018                                           |            |            |    | 12:30      |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                       |            |            |    | 12:30      |
| 19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                       |            |            |    | 12:30      |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | GENTE SEGURADORA S/A                                  |            |            |    | 12:30      |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA                                                                                                                                                                                           |                                                       |            |            |    |            |

#### EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

#### SINAIS VITAIS

| 6 H  | PA     | FC | FR |
|------|--------|----|----|
| 12 H | 140/90 | 80 | 20 |
| 18 H | 140/90 | 74 | 20 |
| 24 H | 140/90 | 80 | 20 |

Dr. Odinachi Okemiri  
Residente De Ortopedia e Traumatologia

11:00 - Adm. med. c. s. 017 SSUV. Zegui  
plantas seu intercorrimentos  
Zegui.

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                                           |                                                       |       |       |      |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------|-------|------|------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                                      |                                                       |       |       |      |            |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                                |                                                       |       |       |      |            |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                   |                                                       |       |       |      |            |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                    | 15/07/2018                                            | DIH   |       | DN   | 25/12/1962 |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                            | FRANCISCO RODRIGES DA SILVA                           |       |       |      |            |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                         | FRATURA DIAFISARIA RADIO ESQUERDO                     |       |       |      |            |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                            |                                                       | HAS   |       | DM2  |            |
| IDADE                                                                                                                                                                                                               | 55                                                    | LEITO | 401-2 | DATA | 24/07/2018 |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                | PRESCRIÇÃO                                            |       |       |      | HORÁRIO    |
| 1                                                                                                                                                                                                                   | DIETA ORAL LIVRE                                      |       |       |      | 5:00       |
| 2                                                                                                                                                                                                                   | AVP                                                   |       |       |      | 12:00      |
| 4                                                                                                                                                                                                                   | CEFALOTINA 1G EV 6/6H                                 |       |       |      | 12:00      |
| 7                                                                                                                                                                                                                   | TEHOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N                       |       |       |      | 12:00      |
| 8                                                                                                                                                                                                                   | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                               |       |       |      | 12:00      |
| 9                                                                                                                                                                                                                   | DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N                            |       |       |      | 12:00      |
| 10                                                                                                                                                                                                                  | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA |       |       |      | 12:00      |
| 11                                                                                                                                                                                                                  | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG   |       |       |      | 12:00      |
| 12                                                                                                                                                                                                                  | SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N                   |       |       |      | 12:00      |
| 13                                                                                                                                                                                                                  | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O              |       |       |      | 12:00      |
| 14                                                                                                                                                                                                                  | SSVV + CCGG 6/6 H                                     |       |       |      | 12:00      |
| 15                                                                                                                                                                                                                  | CURATIVO DIÁRIO                                       |       |       |      | 12:00      |
| 16                                                                                                                                                                                                                  |                                                       |       |       |      |            |
| 17                                                                                                                                                                                                                  |                                                       |       |       |      |            |
| 18                                                                                                                                                                                                                  |                                                       |       |       |      |            |
| 19                                                                                                                                                                                                                  |                                                       |       |       |      |            |
| 20                                                                                                                                                                                                                  |                                                       |       |       |      |            |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                       |       |       |      |            |

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 NOV 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Batista, 434 - Boa Vista - MT

Dr. Odinachi Okemiri  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 1051/RM

Dr. Odinachi Okemiri  
Residente De Ortopedia e  
Traumatologia

13/07/2018, no  
leito, após o  
exame físico e  
do Sinais vitais  
tais

Odinachi Okemiri  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RR 781.306-TE

| SINAIS VITAIS |        |    |    |       |
|---------------|--------|----|----|-------|
| EH            | PA     | FC | FR |       |
| 12H           | 100x90 | 82 | 18 | 36,2  |
| 13H           | 153x98 | 79 | 19 | 36,2  |
| 14H           | 153x89 | 73 | 16 | 36,1  |
| 6H            | 131x87 | 70 | 16 | 34,9C |

Obs: Paciente apresenta PA alta; o mesmo relata que faz uso  
de medicação hipertensiva; orientado para que continue a  
manter-se sob cuidados de enfermagem. A partir  
19h37h Administrado as medicações CPM, Afundo SSVV e punção de  
com glicose 18 no MSD.

Luziane Alves Gomes  
Técnica de Enfermagem  
CRP-RR 477/REC

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                                              |                                                       |       |       |      |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------|-------|------|------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                                         |                                                       |       |       |      |            |
| SERVIÇO DE ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                                   |                                                       |       |       |      |            |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                      |                                                       |       |       |      |            |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                       | 15/07/2018                                            | DIH   |       | DN   | 25/12/1967 |
| PACIENTE FRANCISCO RODRIGES DA SILVA                                                                                                                                                                                   |                                                       |       |       |      |            |
| DIAGNÓSTICO FRATURA DIAFISÁRIA RADIO ESQUERDO                                                                                                                                                                          |                                                       |       |       |      |            |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                               |                                                       | HAS   |       | DM2  |            |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                  | 55                                                    | LEITO | 401-2 | DATA | 25/07/2018 |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                   | PRESCRIÇÃO                                            |       |       |      | HORÁRIO    |
| 1                                                                                                                                                                                                                      | DIETA ORAL LIVRE                                      |       |       |      | 500        |
| 2                                                                                                                                                                                                                      | AVP                                                   |       |       |      | 12h        |
| 4                                                                                                                                                                                                                      | CEFALOTINA 1G EV 6/6H                                 |       |       |      | 12h        |
| 7                                                                                                                                                                                                                      | TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N                       |       |       |      | 12h        |
| 8                                                                                                                                                                                                                      | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                               |       |       |      | 12h        |
| 9                                                                                                                                                                                                                      | DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N                            |       |       |      | 12h        |
| 10                                                                                                                                                                                                                     | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA |       |       |      | 12h        |
| 11                                                                                                                                                                                                                     | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG   |       |       |      | 12h        |
| 12                                                                                                                                                                                                                     | SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N                   |       |       |      | 12h        |
| 13                                                                                                                                                                                                                     | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O              |       |       |      | 12h        |
| 14                                                                                                                                                                                                                     | SSV + CCGG 6/6 H                                      |       |       |      | 12h        |
| 15                                                                                                                                                                                                                     | CURVA DE GLICOSE                                      |       |       |      | 12h        |
| 16                                                                                                                                                                                                                     | ÁREA DE SINISTROS - DPVAT<br>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  |       |       |      | 12h        |
| 17                                                                                                                                                                                                                     |                                                       |       |       |      | 12h        |
| 18                                                                                                                                                                                                                     |                                                       |       |       |      | 12h        |
| 19                                                                                                                                                                                                                     |                                                       |       |       |      | 12h        |
| 20                                                                                                                                                                                                                     |                                                       |       |       |      | 12h        |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONDIÇÃO DE GLICOSE: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                       |       |       |      |            |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

| SINAIS VITAIS |        |    |    |       |
|---------------|--------|----|----|-------|
| CH            | PA     | FC | FR |       |
| 12H           | 140/80 | 87 | 20 | 36    |
| 18H           | 150/90 | 80 | 20 | 36    |
| 24H           | 150/80 | 77 | 18 | 36,25 |

Dr. Odinachi Okemiri  
Residente De Ortopedia e Traumatologia

09/17 as 12h foi adm  
medicação + SSVV

Ana Maria S. Macedo  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RR 000.411.834

19 às 19hs - Adm. Med. de horário -  
Aterido SSVV, segue aos cui-  
dados da enfermagem  
Téc. Julio

Ana Maria Ferreira de Souza  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RR 573.074.7E

4101  
2



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



4101  
2

|                                                                                                                                                                                                                      |                                                       |       |       |      |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------|-------|------|------------|
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                     | 15/07/2018                                            | DIH   |       | DN   | 25/12/1962 |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                             | FRANCISCO RODRIGES DA SILVA                           |       |       |      |            |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                          | FRATURA DIAFISARIA RADIO ESQUERDO                     |       |       |      |            |
| ERGIAS                                                                                                                                                                                                               | HAS                                                   | DM2   |       |      |            |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                | 55                                                    | LEITO | 401-2 | DATA | 26/07/2018 |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                 | PRESCRIÇÃO                                            |       |       |      | HORÁRIO    |
| 1                                                                                                                                                                                                                    | DIETA ORAL LIVRE                                      |       |       |      | SD         |
| 2                                                                                                                                                                                                                    | AVP                                                   |       |       |      | SD         |
| 4                                                                                                                                                                                                                    | CEFALOTINA 1G EV 6/8H                                 |       |       |      | SD         |
| 7                                                                                                                                                                                                                    | TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N                       |       |       |      | SD         |
| 8                                                                                                                                                                                                                    | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                               |       |       |      | SD         |
| 9                                                                                                                                                                                                                    | DIPIRONA 1G EV DE 6/8H S/N                            |       |       |      | SD         |
| 10                                                                                                                                                                                                                   | TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA |       |       |      | SD         |
| 11                                                                                                                                                                                                                   | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG   |       |       |      | SD         |
| 12                                                                                                                                                                                                                   | SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N                   |       |       |      | SD         |
| 13                                                                                                                                                                                                                   | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O              |       |       |      | SD         |
| 14                                                                                                                                                                                                                   | SSVV + CCGG 6/8 H                                     |       |       |      | SSVV       |
| 15                                                                                                                                                                                                                   | CURATIVO DIÁRIO                                       |       |       |      | M          |
| 16                                                                                                                                                                                                                   |                                                       |       |       |      |            |
| 17                                                                                                                                                                                                                   |                                                       |       |       |      |            |
| 18                                                                                                                                                                                                                   |                                                       |       |       |      |            |
| 19                                                                                                                                                                                                                   |                                                       |       |       |      |            |
| 20                                                                                                                                                                                                                   |                                                       |       |       |      |            |
| SE DIABÉTICO, CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                       |       |       |      |            |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

| SINAIS VITAIS |        |    |    |      |
|---------------|--------|----|----|------|
| GH            | PA     | FC | FR | T    |
| 12 H          | 150/90 | 90 | 18 | 36,4 |
| 18 H          | 144/88 | 74 | 20 | 35,9 |
| 24 H          | 129/77 | 64 | 16 | 35,2 |

Dr. Odinachi Okemiri  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 18617/RR

Dr. Odinachi Okemiri  
Residente De Ortopedia e  
Traumatologia

ÁREA DE SINISTROS - D-  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 NOV 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Cidade João Bezerra 444 - Boa Vista, RR

3 00 05 19 00 01  
Realizado administrativo  
atendimento de horário, realizado  
mais vitais. Sem alterações  
e supranormal  
Silvana Teixeira Freitas  
Auxiliar de Enfermagem  
COREN-RR 017874

GH + PA = 122 x 86  
P = 65  
T = 35,9

19 05 7h Administrado  
as medicações gpn e ofendo  
SSVV - benzilato

4101  
2

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                                         |                                                       |       |       |      |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------|-------|------|------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                                    |                                                       |       |       |      |            |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                              |                                                       |       |       |      |            |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                 |                                                       |       |       |      |            |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                  | 15/07/2018                                            | DIH   |       | DN   | 25/12/1962 |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                          | FRANCISCO RODRIGES DA SILVA                           |       |       |      |            |
| AGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                         | FRATURA DIAFISARIA RADIO ESQUERDO                     |       |       |      |            |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                          |                                                       | HAS   |       | DM2  |            |
| IDADE                                                                                                                                                                                                             | 55                                                    | LEITO | 401-2 | DATA | 27/07/2018 |
| ITEM                                                                                                                                                                                                              | PRESCRIÇÃO                                            |       |       |      | HORÁRIO    |
| 1                                                                                                                                                                                                                 | DIETA ORAL LIVRE                                      |       |       |      | SAID       |
| 2                                                                                                                                                                                                                 | AVP                                                   |       |       |      | manhã      |
| 4                                                                                                                                                                                                                 | CEFALOTINA 1G EV 8/8H                                 |       |       |      | 12:18      |
| 7                                                                                                                                                                                                                 | TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N                       |       |       |      |            |
| 8                                                                                                                                                                                                                 | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                               |       |       |      |            |
| 9                                                                                                                                                                                                                 | DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N                            |       |       |      |            |
| 10                                                                                                                                                                                                                | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA |       |       |      |            |
| 11                                                                                                                                                                                                                | CAPTOPRIL 25 mg VO 5E 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 8/8 H                                     |       |       |      | SSVV       |
| 15                                                                                                                                                                                                                | CURATIVO DIA                                          |       |       |      | M          |
| 16                                                                                                                                                                                                                |                                                       |       |       |      |            |
| 17                                                                                                                                                                                                                |                                                       |       |       |      |            |
| 18                                                                                                                                                                                                                |                                                       |       |       |      |            |
| 19                                                                                                                                                                                                                |                                                       |       |       |      |            |
| 20                                                                                                                                                                                                                |                                                       |       |       |      |            |
| <p>SE DIABÉTICO CORRETO 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.</p> |                                                       |       |       |      |            |

#### EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

# SOLICITADO:

# CONDUTA:

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

| SINAIS VITAIS |         |    |    |      |
|---------------|---------|----|----|------|
| 6 H           | PA      | FC | FR |      |
| 11:24         | 160x90  | 98 | 18 | 36.2 |
| 18 H          | anormal |    |    |      |
| 24 H          |         |    |    |      |

Dr. Odinachi Okemiri  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 17851-RR

41:15 Redigido e forado SSVV.  
P.A. apresentou 4 supratentores no antro  
superior que foram medicados. Deixados  
os cuidados de enfermagem.

13 os RNs adm  
medicados com  
+SSVV

Grise Teixeira de Araújo  
Aux. de Enfermagem  
COREN-RR 767.891-00X  
767.891

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA<br>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA<br>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA<br>PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                       |       |       |        |            |               |  |  |  |  |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |  |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------|-------|--------|------------|---------------|--|--|--|--|-----|----|----|----|--|------|--------|----|----|--------|------|--------|----|----|--------|------|--------|----|--|------|
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 15/07/2018                                            | DIH   |       | DN     | 25/12/1962 |               |  |  |  |  |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |  |      |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | FRANCISCO RODRIGES DA SILVA                           |       |       |        |            |               |  |  |  |  |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |  |      |
| AGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | FRATURA DIAFISARIA RADIO ESQUERDO                     |       |       |        |            |               |  |  |  |  |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |  |      |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                       | HAS   |       | DM2    |            |               |  |  |  |  |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |  |      |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 55                                                    | LEITO | 401-2 | DATA   | 28/07/2018 |               |  |  |  |  |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |  |      |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | PRESCRIÇÃO                                            |       |       |        | HORÁRIO    |               |  |  |  |  |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |  |      |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | DIETA ORAL LIVRE                                      |       |       |        | SND        |               |  |  |  |  |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |  |      |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | AVP                                                   |       |       |        |            |               |  |  |  |  |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |  |      |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | CEFALOTINA 1G EV 6/6H                                 |       |       |        |            |               |  |  |  |  |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |  |      |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N                       |       |       |        |            |               |  |  |  |  |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |  |      |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                               |       |       |        |            |               |  |  |  |  |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |  |      |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N                            |       |       |        |            |               |  |  |  |  |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |  |      |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA |       |       |        |            |               |  |  |  |  |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |  |      |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG   |       |       |        |            |               |  |  |  |  |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |  |      |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N                   |       |       |        |            |               |  |  |  |  |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |  |      |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O              |       |       |        |            |               |  |  |  |  |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |  |      |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | SSVV + CCGG 6/6 H                                     |       |       |        |            |               |  |  |  |  |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |  |      |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | CURATIVO DIÁRIO                                       |       |       |        |            |               |  |  |  |  |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |  |      |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                       |       |       |        |            |               |  |  |  |  |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |  |      |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                       |       |       |        |            |               |  |  |  |  |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |  |      |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                       |       |       |        |            |               |  |  |  |  |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |  |      |
| 19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                       |       |       |        |            |               |  |  |  |  |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |  |      |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                       |       |       |        |            |               |  |  |  |  |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |  |      |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA                                                                                                                                                                          |                                                       |       |       |        |            |               |  |  |  |  |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |  |      |
| <b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b><br># ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,<br>ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES<br># EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,<br>NORMOCORADO, HIDRATADO.<br># SOLICITADO:<br># CONDUTA:<br># PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO<br># PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO                                                       |                                                       |       |       |        |            |               |  |  |  |  |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |  |      |
| mfs 25.12.18 + 168 T: 36.5°                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                       |       |       |        |            |               |  |  |  |  |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |  |      |
| <table border="1"><thead><tr><th colspan="5">SINAIS VITAIS</th></tr><tr><th>6 H</th><th>PA</th><th>FC</th><th>FR</th><th></th></tr></thead><tbody><tr><td>12 H</td><td>132x92</td><td>90</td><td>20</td><td>36,7°C</td></tr><tr><td>18 H</td><td>131x83</td><td>76</td><td>20</td><td>36,5°C</td></tr><tr><td>24 H</td><td>116x81</td><td>63</td><td></td><td>36,0</td></tr></tbody></table> |                                                       |       |       |        |            | SINAIS VITAIS |  |  |  |  | 6 H | PA | FC | FR |  | 12 H | 132x92 | 90 | 20 | 36,7°C | 18 H | 131x83 | 76 | 20 | 36,5°C | 24 H | 116x81 | 63 |  | 36,0 |
| SINAIS VITAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                       |       |       |        |            |               |  |  |  |  |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |  |      |
| 6 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | PA                                                    | FC    | FR    |        |            |               |  |  |  |  |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |  |      |
| 12 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 132x92                                                | 90    | 20    | 36,7°C |            |               |  |  |  |  |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |  |      |
| 18 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 131x83                                                | 76    | 20    | 36,5°C |            |               |  |  |  |  |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |  |      |
| 24 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 116x81                                                | 63    |       | 36,0   |            |               |  |  |  |  |     |    |    |    |  |      |        |    |    |        |      |        |    |    |        |      |        |    |  |      |

ÁREA DE SINISTROS - DPVA  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
  
1-2 NOV 2018  
  
CENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - R

Dr. Odinaochi Okemiri  
Residente De Ortopedia e  
Traumatologia

07:00 as 19:00 Administrado  
medicações CPM, aferido  
SSVV Algué aos cuidados  
do enfermeiro.

Rosimar Pereira de Souza  
Técnica de Enfermagem  
COREN/RN 524.866-TEC

401-2

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                                 |                                                       |       |       |      |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------|-------|------|-------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                            |                                                       |       |       |      |             |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                      |                                                       |       |       |      |             |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                         |                                                       |       |       |      |             |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                          | 15/07/2018                                            | DIH   |       | DN   | 25/12/1962  |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                  | FRANCISCO RODRIGES DA SILVA                           |       |       |      |             |
| AGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                 | FRATURA DIAFISARIA RADIO ESQUERDO                     |       |       |      |             |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                  |                                                       | HAS   |       | DM2  |             |
| IDADE                                                                                                                                                                                                     | 55                                                    | LEITO | 401-2 | DATA | 29/07/2018  |
| ITEM                                                                                                                                                                                                      | PRESCRIÇÃO                                            |       |       |      | HORÁRIO     |
| 1                                                                                                                                                                                                         | DIETA ORAL LIVRE                                      |       |       |      | SND         |
| 2                                                                                                                                                                                                         | AVP                                                   |       |       |      | manter      |
| 4                                                                                                                                                                                                         | CEFALOTINA 1G EV 6/6H                                 |       |       |      | 12/18/24/06 |
| 7                                                                                                                                                                                                         | TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N                       |       |       |      |             |
| 8                                                                                                                                                                                                         | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                               |       |       |      |             |
| 9                                                                                                                                                                                                         | DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N                            |       |       |      |             |
| 10                                                                                                                                                                                                        | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA |       |       |      |             |
| 11                                                                                                                                                                                                        | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG   |       |       |      |             |
| 12                                                                                                                                                                                                        | SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N                   |       |       |      |             |
| 13                                                                                                                                                                                                        | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O              |       |       |      |             |
| 14                                                                                                                                                                                                        | SSVV + 6000 P/BH                                      |       |       |      | OG          |
| 15                                                                                                                                                                                                        | CURATIVO DE PRATO                                     |       |       |      | Reino       |
| 16                                                                                                                                                                                                        |                                                       |       |       |      | M           |
| 17                                                                                                                                                                                                        |                                                       |       |       |      |             |
| 18                                                                                                                                                                                                        |                                                       |       |       |      |             |
| 19                                                                                                                                                                                                        |                                                       |       |       |      |             |
| 20                                                                                                                                                                                                        |                                                       |       |       |      |             |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                       |       |       |      |             |

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

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

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

# SOLICITADO:

# CONDUTA:

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

| SINAIS VITAIS |                          |    |    |        |
|---------------|--------------------------|----|----|--------|
| 6 H           | PA                       | FC | FR |        |
| 12 H          | 120x80                   | 63 | 20 | 36,2°C |
| 18 H          | 140x90                   | 73 | 20 | 35,8°C |
| 24 H          | deficit de funcionamento |    |    |        |

Dr Ddinachi Okemiri  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
Crista Residência



12 NOV 2013

## FICHA DE ANESTESIA

FRANCISCO RODRIGUEZ DB

GENITA SEGURO S.p.A.

BOA LITTA - RM

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

- Mannitol 3 mg (✓)
- Fentanyl 25 mg (✓)

31.07.18

[illegible]

Alfredo F.M. Bertini  
Medico Contador  
CRM 107182







GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

## BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 24/2/18

O.S. \_\_\_\_\_

300 Rodrigues do S...

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 NOV 2018

GENE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Batista, 414 - Boa Vista - RR

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

fratura antebraço

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

osteossíntese antebraço

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

Albino

1º AUXILIAR:

Siderman

2º AUXILIAR:

Glauber

INSTRUMENTADORA:

Mariane

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

Dr. Anderson Silva  
Médico Assistente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 17.174

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Rot. 180° sob bloco
- ② anapnia + antispasmo + gase
- ③ acur. Thompson + disseção até fco (radial)  
fratura + curtopia + LAC
- ④ redução curata + colocação placa 201  
+ 3 parafusos corticais
- ⑤ LAC v. parafusos + teste pass. Satisfatório + refix. de TC + amarra  
+ tala + gesso

| SUS Sistema Único de Saúde                                                          |  | Ministério da Saúde |  | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------|--|----------------------------------------------------------------|--|
| IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE                                           |  |                     |  | 2 - CHES                                                       |  |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE                                    |  |                     |  |                                                                |  |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE                                     |  |                     |  | 4 - CHES                                                       |  |
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE                                                           |  |                     |  | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO                                           |  |
| 5 - NOME DO PACIENTE                                                                |  |                     |  |                                                                |  |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)                                                  |  |                     |  | 8 - DATA DE NASCIMENTO                                         |  |
| 81980027450479116                                                                   |  |                     |  | 25/12/62                                                       |  |
| 9 - SEXO                                                                            |  |                     |  | 11 - TELEFONE DE CONTATO                                       |  |
| 10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL                                                  |  |                     |  | 9599111958                                                     |  |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)                                                     |  |                     |  | 14 - COD. IBGE MUNICÍPIO                                       |  |
| R. Maria Martins Vieira 1429 Equatunor                                              |  |                     |  | 15 - UF                                                        |  |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA                                                        |  |                     |  | 16 - CEP                                                       |  |
| BO                                                                                  |  |                     |  |                                                                |  |
| JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO                                                         |  |                     |  |                                                                |  |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS                                          |  |                     |  |                                                                |  |
| pet cl fratura atirador                                                             |  |                     |  |                                                                |  |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO                                          |  |                     |  |                                                                |  |
| conf                                                                                |  |                     |  |                                                                |  |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) |  |                     |  |                                                                |  |
| cr + 94                                                                             |  |                     |  |                                                                |  |
| 20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO                                                       |  |                     |  |                                                                |  |
| fratura atirador @                                                                  |  |                     |  |                                                                |  |
| 21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO                                                         |  |                     |  |                                                                |  |
| 22 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO                                                         |  |                     |  |                                                                |  |
| 23 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO                                                         |  |                     |  |                                                                |  |
| 24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO                                                         |  |                     |  |                                                                |  |
| 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO                                                         |  |                     |  |                                                                |  |
| 26 - CLÍNICA                                                                        |  |                     |  |                                                                |  |
| 27 - CAUSAS DA INTERNAÇÃO                                                           |  |                     |  |                                                                |  |
| 28 - DOCUMENTO                                                                      |  |                     |  |                                                                |  |
| 29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPE) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE               |  |                     |  |                                                                |  |
| 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE                                    |  |                     |  |                                                                |  |
| 31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO                                                            |  |                     |  |                                                                |  |
| 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                              |  |                     |  |                                                                |  |
| 33 - ACIDENTE DE TRABALHO                                                           |  |                     |  |                                                                |  |
| 34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO                                                    |  |                     |  |                                                                |  |
| 35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJECTO                                                  |  |                     |  |                                                                |  |
| 36 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA                                                      |  |                     |  |                                                                |  |
| 37 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 38 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 39 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 40 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 41 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 42 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 43 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 44 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 45 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 46 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 47 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 48 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 49 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 50 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 51 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 52 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 53 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 54 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 55 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 56 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 57 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 58 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 59 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 60 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 61 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 62 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 63 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 64 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 65 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 66 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 67 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 68 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 69 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 70 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 71 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 72 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 73 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 74 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 75 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 76 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 77 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 78 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 79 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 80 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 81 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 82 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 83 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 84 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 85 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 86 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 87 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 88 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 89 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 90 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 91 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 92 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 93 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 94 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 95 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 96 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 97 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 98 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 99 - Nº DO REGISTRO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 100 - Nº DO REGISTRO                                                                |  |                     |  |                                                                |  |



GOVERNO DE RORAIMA  
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopedia

Tipo Cirurgia:

OSTEOSSÍNTESE FMT. "KIDOL" (E)

Data: 31/07/18

Nº. DO PRONTUÁRIO:

SLW

Paciente: Fco RODRIGUES DA SILVA

Idade 33

Bloco: D Enfermaria 401 Leito: 2

Caixa: REG. ENDS FMT. UNIFORMES

Nº SLW

Circulante: DUARTE / ANGELIS

Sala 04

Conferência Expurgo CME:

Material Utilizado:

PLACA DCP BFUSOS - 1

PNA FUSOS CORTICAIS N° 36-1

38-01

40-1

ÁREA DE MINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 NOV 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Batista, 444 - Boa Vista

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME

Médico Responsável





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

ÁREA DE REGISTROS E FISCALIZAÇÃO  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 NOV 2019

GA R NOTE  
8:45

### FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

|                                                                                 |                                |                                                                    |              |                                       |                      |       |          |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------|----------------------|-------|----------|
| NOME DO PACIENTE                                                                |                                | 1055                                                               | APT OU LEITO | 401.2                                 | GENTE SEGURADORA SIA | DATA  | 31/07/18 |
| FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA                                                    |                                |                                                                    |              | SW                                    |                      |       |          |
| CIRURGIA                                                                        |                                |                                                                    |              |                                       |                      |       |          |
| TIPO                                                                            |                                | TEMPO DE DURAÇÃO                                                   |              |                                       |                      |       |          |
| OST. FRAT. M. M. (E)                                                            |                                | INICIO                                                             | FIM          | TEMPO TOTAL                           |                      |       |          |
|                                                                                 |                                | 8:32                                                               | 9:55         |                                       |                      |       |          |
| EQUIPE MÉDICA                                                                   |                                |                                                                    |              |                                       |                      |       |          |
| CIRURGIÃO                                                                       |                                | ANESTESISTA:                                                       |              | DR. Fabian                            |                      |       |          |
| 1º AUXILIAR                                                                     |                                | RES. ANESTESIA:                                                    |              |                                       |                      |       |          |
| DR. ALBERTO                                                                     |                                | INSTRUMENTADOR                                                     |              |                                       |                      |       |          |
| 2º AUXILIAR                                                                     |                                | CIRCULANTE                                                         |              |                                       |                      |       |          |
| DR. ILDOENSO                                                                    |                                | OVANDE + ANGELIS                                                   |              |                                       |                      |       |          |
| TIPO DE ANESTESIA: B.P.B.                                                       |                                | TEMPO DE DURAÇÃO:                                                  |              |                                       |                      |       |          |
| QUANT.                                                                          | MATERIAIS                      | VALOR                                                              | QUANT        | MEDICAMENTOS                          | VALOR                |       |          |
| 7                                                                               | PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.     |                                                                    | 1            | FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml       |                      |       |          |
| 7                                                                               | PACOTES GAZE                   |                                                                    |              | FRASCOS- SORO RINGER LACTADO          |                      |       |          |
| 1                                                                               | LUVA ESTERIL 7.0               |                                                                    |              | FRASCOS- SORO GLICOSADO               |                      |       |          |
| 1                                                                               | LUVA ESTERIL 7.5               |                                                                    |              | FIO VICRYL N°                         |                      |       |          |
|                                                                                 | LUVA ESTERIL 8.0               |                                                                    |              | FIO MONONYLON N°                      |                      |       |          |
|                                                                                 | LUVA ESTERIL 8.5               |                                                                    |              | FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°             |                      |       |          |
| 1                                                                               | LUVAS P/ PROCEDIMENTOS T.M. M. |                                                                    |              | FIO ALGODÃO COM AGULHA N°             |                      |       |          |
| 1                                                                               | LÂMINA BISTURIN N° 15          |                                                                    |              | FIO CATGUT SIMPLES N°                 |                      |       |          |
|                                                                                 | DRENO DE SUÇÃO N°              |                                                                    |              | FIO CATGUT CROMADO N°                 |                      |       |          |
|                                                                                 | DRENO DE TORAX N°              |                                                                    |              | FIO PROLENE N°                        |                      |       |          |
|                                                                                 | DRENO DE PENROSE N°            |                                                                    |              | FIO SEDA N°                           |                      |       |          |
|                                                                                 | SERINGA 01ML                   |                                                                    | 15           | SURGICEL ELETRODOS                    |                      |       |          |
|                                                                                 | SERINGA 03ML                   |                                                                    | 1            | CERA P/ OSSO CATETER 02               |                      |       |          |
|                                                                                 | SERINGA 05 ML                  |                                                                    | 1            | KIT CATARATA N° E 210 MCMG COTAS      |                      |       |          |
| 7                                                                               | SERINGA 10ML                   |                                                                    | 70ml         | GEOFOAM clorexidina DEG               |                      |       |          |
| 1                                                                               | SERINGA 20ML                   |                                                                    | 70ml         | FITA CARDIACA clorexidina ALCOH       |                      |       |          |
| 70ml                                                                            | SILICONE 21.                   |                                                                    | 70ml         | OUTROS: ALCOHOL 70%                   |                      |       |          |
| MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS |                                |                                                                    |              |                                       |                      |       |          |
| INSTRUMENTADOR (A)                                                              |                                | ENFERMEIRA CHEFE                                                   |              | DEBITAR NA C.C DO PACIENTE            |                      | VALOR |          |
|                                                                                 |                                | Dile NE SUELEN                                                     |              | MATERIAL MEDICAMENTOS                 |                      |       |          |
| FUNCIONÁRIO/CALCULOS                                                            |                                | CIRCULANTE DE SALA                                                 |              | SUB-TOTAL                             |                      |       |          |
|                                                                                 |                                | Ovande Alves de Siqueira JR<br>Téc. Enfermagem<br>COREN-RR 994.179 |              | TAXA DE SALA                          |                      |       |          |
|                                                                                 |                                |                                                                    |              | TAXA DE ANESTESIA                     |                      |       |          |
|                                                                                 |                                |                                                                    |              | SOMA                                  |                      |       |          |
|                                                                                 |                                |                                                                    |              | ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE |                      |       |          |



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Francois de Paula da Silva  
Responsável Cirurgião Dr. Nilton

ENTRADA: (Sala Pré-Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- ☒ Identidade  
☒ Sítio Cirúrgico  
☒ Procedimento  
Consentimento ☒ Sim ☐ Não

RISCO CIRÚRGICO

☒ Aplica ☐ Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA  
☐ Não ☐ Sim, Qual: \_\_\_\_\_

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☐ Não  
☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☐ Não  
☐ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Jose Nilton  
Médico Residente em Anestesiologia  
CRM-RR 12817

Data 3.7.10

Assinatura

Hora: \_\_\_\_\_

ANTES DA INCISÃO

Anestesista Dr. Nilton

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente  
☒ Sítio cirúrgico  
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração 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 instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Não se aplica

☒ Sim,

Qual: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim

☐ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA: (Sala Pós-Operatória)

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

O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO  
☒ Sim ☐ Não

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

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplicam

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)

☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO, PARA SER RESOLVIDO

☐ Sim ☒ Não

O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Dilene Custódio de Araújo  
Enfermeira  
CRM-RR 19.181

Assinatura e Carimbo



| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                                           |                                                       |       |       |      |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------|-------|------|------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                                      |                                                       |       |       |      |            |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                                |                                                       |       |       |      |            |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                   |                                                       |       |       |      |            |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                    | 15/07/2018                                            | DIH   |       | DN   | 25/12/1962 |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                            | FRANCISCO RODRIGES DA SILVA                           |       |       |      |            |
| AGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                           | FRATURA DIAFISARIA RADIO ESQUERDO                     |       |       |      |            |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                            |                                                       | HAS   |       | DM2  |            |
| IDADE                                                                                                                                                                                                               | 55                                                    | LEITO | 401-2 | DATA | 01/08/2018 |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                | PRESCRIÇÃO                                            |       |       |      | HORÁRIO    |
| 1                                                                                                                                                                                                                   | DIETA ORAL LIVRE                                      |       |       |      | 5:00       |
| 2                                                                                                                                                                                                                   | AVP                                                   |       |       |      | manhã      |
| 4                                                                                                                                                                                                                   | CEFALOTINA 1G EV 6/6H                                 |       |       |      | 12:18 2406 |
| 7                                                                                                                                                                                                                   | TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N                       |       |       |      |            |
| 8                                                                                                                                                                                                                   | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                               |       |       |      |            |
| 9                                                                                                                                                                                                                   | DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N                            |       |       |      |            |
| 10                                                                                                                                                                                                                  | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA |       |       |      |            |
| 11                                                                                                                                                                                                                  | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG   |       |       |      |            |
| 12                                                                                                                                                                                                                  | SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N                   |       |       |      |            |
| 13                                                                                                                                                                                                                  | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O              |       |       |      |            |
| 14                                                                                                                                                                                                                  | SSVV + CCGG 6/6 H                                     |       |       |      |            |
| 15                                                                                                                                                                                                                  | CURATIVO DIÁRIO                                       |       |       |      |            |
| 16                                                                                                                                                                                                                  | Hla                                                   |       |       |      |            |
| 17                                                                                                                                                                                                                  |                                                       |       |       |      |            |
| 18                                                                                                                                                                                                                  |                                                       |       |       |      |            |
| 19                                                                                                                                                                                                                  |                                                       |       |       |      |            |
| 20                                                                                                                                                                                                                  |                                                       |       |       |      |            |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                       |       |       |      |            |

#### EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

# SOLICITADO:

# CONDUTA:

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

| SINAIS VITAIS |        |    |    |                  |
|---------------|--------|----|----|------------------|
| 6 H           | PA     | FC | FR | SaO <sub>2</sub> |
| 12 H          | 148/81 | 73 | 19 | 95.5             |
| 18 H          |        |    |    |                  |
| 24 H          |        |    |    |                  |

Dr. Odinechi Okemiri  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
Residente De Ortopedia e  
Traumatologia

Das 13h (administrado medicação) verificadas sinais vitais paciente de alta SIC, pelo mesmo - Minke

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                       |                                                                                                                                                                                                                     |      |            |     |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------|-----|------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                  |                                                                                                                                                                                                                     |      |            |     |            |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |      |            |     |            |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                               |                                                                                                                                                                                                                     |      |            |     |            |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                | 15/07/2018                                                                                                                                                                                                          | DIH  |            | DN  | 25/12/1962 |
| PACIENTE                                                                                        | FRANCISCO RODRIGES DA SILVA                                                                                                                                                                                         |      |            |     |            |
| AGNÓSTICO                                                                                       | FRATURA DIAFISARIA RADIO ESQUERDO                                                                                                                                                                                   |      |            |     |            |
| ALERGIAS                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                     |      |            |     |            |
| IDADE                                                                                           | 55                                                                                                                                                                                                                  | HAS  |            | DM2 |            |
| LEITO                                                                                           | 401-2                                                                                                                                                                                                               | DATA | 31/07/2018 |     |            |
| ITEM                                                                                            | PRESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                          |      |            |     | HORÁRIO    |
| 1                                                                                               | DIETA ORAL LIVRE                                                                                                                                                                                                    |      |            |     |            |
| 2                                                                                               | AVP                                                                                                                                                                                                                 |      |            |     |            |
| 4                                                                                               | CEFALOTINA 1G EV 6/6H                                                                                                                                                                                               |      |            |     |            |
| 7                                                                                               | TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N                                                                                                                                                                                     |      |            |     |            |
| 8                                                                                               | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                                                                                                                                                                                             |      |            |     |            |
| 9                                                                                               | DIPIRONA 1G EV DE 8/8H S/N                                                                                                                                                                                          |      |            |     |            |
| 10                                                                                              | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA                                                                                                                                                               |      |            |     |            |
| 11                                                                                              | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PA5 > 160 E OU PAD > 110 MMHG                                                                                                                                                                 |      |            |     |            |
| 12                                                                                              | SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N                                                                                                                                                                                 |      |            |     |            |
| 13                                                                                              | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O                                                                                                                                                                            |      |            |     |            |
| 14                                                                                              | SSVV + CCGG 6/6 H                                                                                                                                                                                                   |      |            |     |            |
| 15                                                                                              | CURATIVO DIÁRIO                                                                                                                                                                                                     |      |            |     |            |
| 16                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                     |      |            |     |            |
| 17                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                     |      |            |     |            |
| 18                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                     |      |            |     |            |
| 19                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                     |      |            |     |            |
| 20                                                                                              | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |      |            |     |            |
| <b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>                                                                         |                                                                                                                                                                                                                     |      |            |     |            |
| # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES |                                                                                                                                                                                                                     |      |            |     |            |
| # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.   |                                                                                                                                                                                                                     |      |            |     |            |
| # SOLICITADO:                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                     |      |            |     |            |
| # CONDUITA:                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                     |      |            |     |            |
| # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO                                                                  |                                                                                                                                                                                                                     |      |            |     |            |
| # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO                                                                |                                                                                                                                                                                                                     |      |            |     |            |
| <b>SINAIS VITAIS</b>                                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |      |            |     |            |
| 6 H                                                                                             | PA                                                                                                                                                                                                                  | FC   | FR         |     |            |
| 12 H                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |      |            |     |            |
| 18 H                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |      |            |     |            |
| 24 H                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |      |            |     |            |

Dr. Odinachi Okemiri  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 18517/ROR

Dr. Odinachi Okemiri  
Residente De Ortopedia e  
Traumatologia

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

NOV 23 13

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Casilho, Nº 600 - RUA 404 - Foz de Iguaçu - RS

401  
2

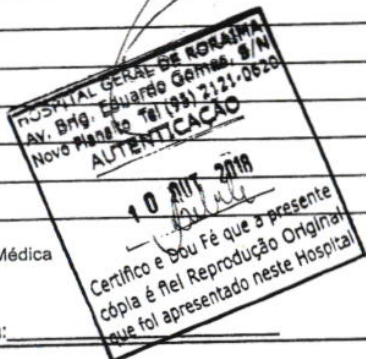
15/07/2018

...: 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

|                                            |  |                                                                 |  |                                    |  |                      |  |                  |  |
|--------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------|--|------------------------------------|--|----------------------|--|------------------|--|
| 1800981668                                 |  | 15/07/2018 18:15:42                                             |  | FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA |  | DIURNO 07-19         |  | 38               |  |
| Paciente                                   |  | Data Nascimento                                                 |  | Idade                              |  | CNS                  |  | CPF              |  |
| FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA               |  | 25/12/1962                                                      |  | 55 A 6 M 21 D                      |  | 898002745047916      |  | 65942183368      |  |
| Tipo Doc                                   |  | Documento                                                       |  | Órgão Emissor                      |  | Data Emissão         |  | Sexo             |  |
| IDENTIDADE                                 |  | 148763                                                          |  | SSP RR                             |  | 24/05/2005           |  | M                |  |
| Mãe                                        |  | Alzira Rodrigues da Silva                                       |  | Pai                                |  | Lucas Felix da Silva |  | (95) 99114-5833  |  |
| Endereço                                   |  | Rua - Maria Martins Vieira - 1429 - Equatorial - Boa Vista - RR |  | Ocupação                           |  | NÃO INFORMADA        |  |                  |  |
| Class. de Risco                            |  | Plano Convênio                                                  |  | Nº da Carteira                     |  | Validade             |  | Autorização      |  |
|                                            |  | SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE                                    |  |                                    |  |                      |  |                  |  |
| Motivo do Atendimento                      |  | Caráter do Atendimento                                          |  | Profissional do Atend.             |  | Procedência          |  | Temp.            |  |
| OUTROS                                     |  | URGÊNCIA                                                        |  |                                    |  |                      |  |                  |  |
| Setor                                      |  | Tipo de Chegada                                                 |  | Procedimento Sol.                  |  | Registrado por:      |  | JACKSON.SADOVSKI |  |
| GRANDE TRAUMA                              |  | DEMANDA ESPONTANEA                                              |  |                                    |  |                      |  |                  |  |
| Queixa Principal                           |  |                                                                 |  |                                    |  |                      |  |                  |  |
| Anamnese de Enfermagem                     |  |                                                                 |  |                                    |  |                      |  |                  |  |
| Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h) |  |                                                                 |  |                                    |  |                      |  |                  |  |
| Exame Físico                               |  |                                                                 |  |                                    |  |                      |  |                  |  |
| Hipótese Diagnóstica                       |  |                                                                 |  |                                    |  |                      |  |                  |  |
| SADT - Exames Complementares               |  |                                                                 |  |                                    |  |                      |  |                  |  |
|                                            |  |                                                                 |  |                                    |  |                      |  |                  |  |
| PRESCRIÇÃO                                 |  |                                                                 |  |                                    |  |                      |  |                  |  |
| APRAZAMENTO                                |  |                                                                 |  |                                    |  |                      |  |                  |  |
| OBSERVAÇÃO                                 |  |                                                                 |  |                                    |  |                      |  |                  |  |
| Condição                                   |  |                                                                 |  |                                    |  |                      |  |                  |  |
|                                            |  |                                                                 |  |                                    |  |                      |  |                  |  |
| óbito                                      |  |                                                                 |  |                                    |  |                      |  |                  |  |
| Antes do 1º Atendimento?                   |  |                                                                 |  |                                    |  |                      |  |                  |  |



Dr. Idelson P. Silva  
Médico  
Traumatologia e Ortopedia

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: jackson.sadovski  
Data Hora: 15/07/2018 18:29:55



401-2



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Francisco Rodrigues R. Silva, 55 ANOS,  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 15/07/18, COM  
DIAGNÓSTICO DE fratura fechada Rádio (E)

NO DIA 31/07/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
Osteossíntese fixação Rádio (E) SENDO

OPERADO PELO DR. Alberto E DR. Ulderson

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 01/08/18, ÀS 13,00hrs, EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 16/08/18, ÀS 14,00hrs, COM O  
DR. Alencar

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 NOV 2018

ORIENTAÇÕES GERAIS :

GENTE SEGURADORA S/A

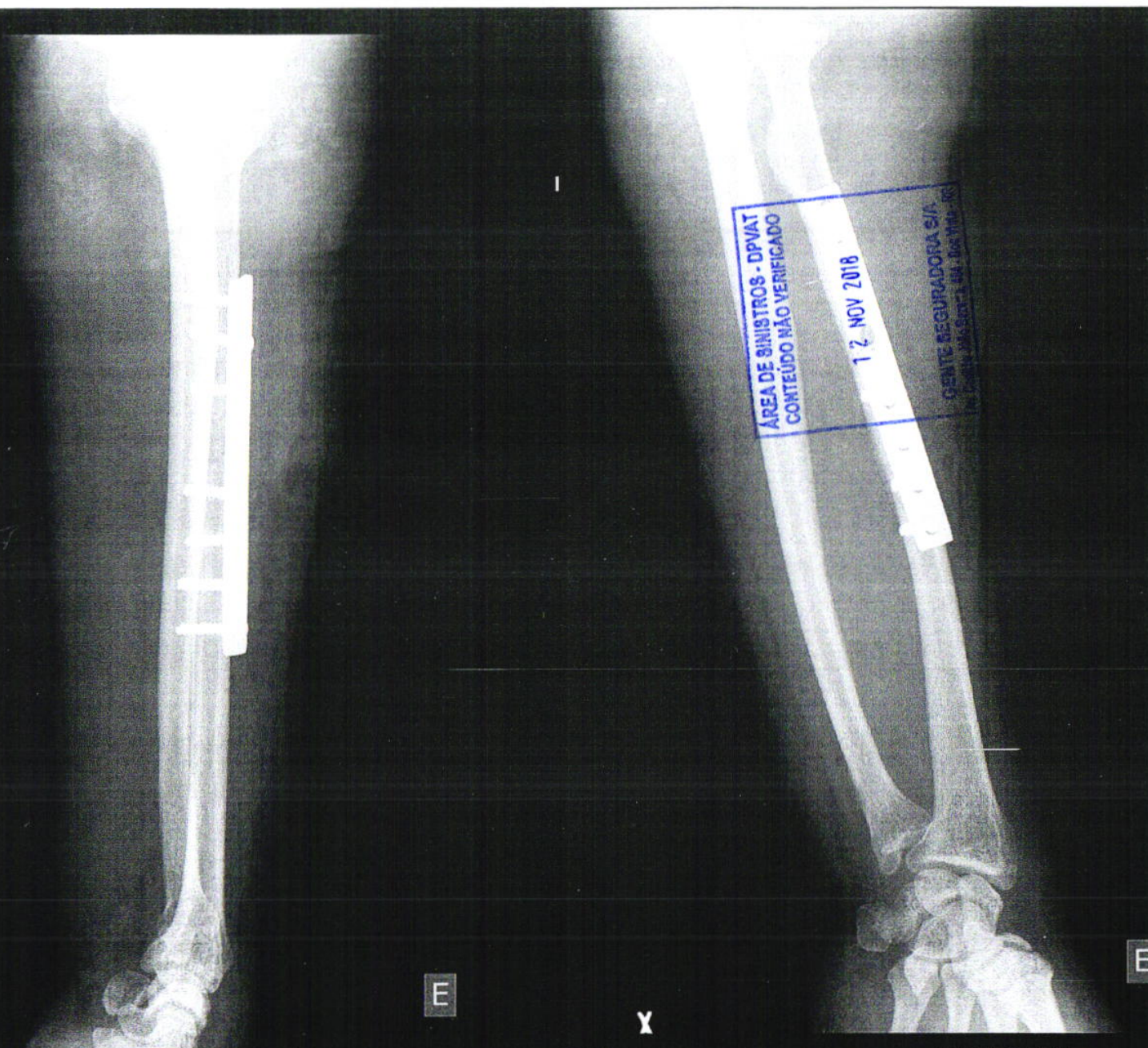
- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Arade

BOA VISTA, 01/08/18

Dr. Odinachi Okem  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 18517/RP

MÉDICO



56,6 %

1/8/2018 09:53:57

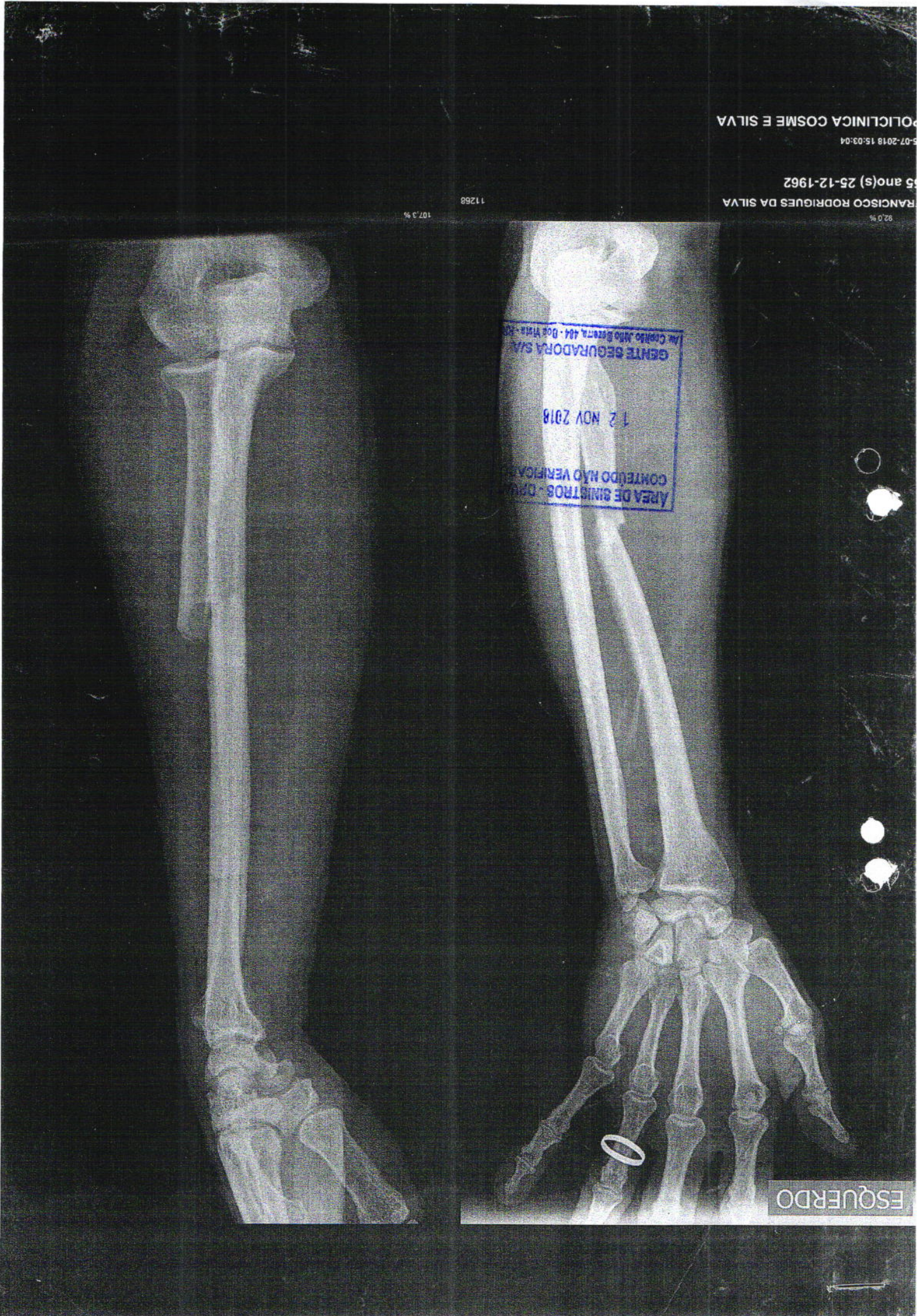
, FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA

BL/D 401-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

56,7 %

1/8/2018 09:53:57





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

Rio de Janeiro, 20 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180532018

Vítima: FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 15/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o 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 superiores 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: FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003906

Conta: 00000018473-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00109/00110 - carta\_15R - INVALIDEZ

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJDWS XBTkd VVU29 XNQ4R