



Abhner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO ADJUDICIA

Eu, PEDRO SILVA DE JESUS PROFISSÃO: MIX. DE MECANICA
ESTADO CIVIL: DIVORCIADO, FONE: 99121-7479,
E-MAIL: pedrosilvade026@gmail.com RG: 415305
SSP- MA e CPF: 128.200.163-91, RESIDENTE A
RUA: VEAR MOR VALDE MAR N° 2065,
BAIRRO: PINCOLANDIA, pelo presente instrumento procuratório,
nomeia e constitui, como seu procurador, **ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RR sob o nº. 1018-N, com escritório localizado na Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, situado no Município de Boa Vista/RR, a quem confere amplos poderes para o foro em geral com cláusula *ad judicia*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, exceto receber citação, junto a quaisquer repartições do Poder Público, realizar levantamento de Alvarás Judiciais, podendo ainda substabelecer esta procuração para outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, 01 de Abril de 2019.

Pedro Silva de Jesus
Outorgante

Endereço: Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, CEP nº. 69.304-010, Boa Vista/RR

Telefones: (95) 3224-7002 | (95) 99173-4223 | (95) 98406-9617

E-mail: adv.abhner@hotmail.com Website: <http://www.abhneradvcon.com.br>

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

OUTORGANTE: PEDRO SILVA DE JESUS
ESTADO CIVIL: DIVORCIADO PROFISSÃO: AUX. DE MECANICA
RG N° 415305 SSP/MA CPF: 128.200.163-91
ENDEREÇO: RUA VEREADOR VALDEMAR GOMES
2065 PIAU LANDIA

declaro, para os devidos fins, que não possuo condições de arcar com as despesas processuais da presente ação, sob o risco de comprometimento de meu sustento e de minha família, sendo considerado **hipossuficiente** na forma da Lei, pleiteando, portanto, **direito à Justiça Gratuita**.

Boa Vista/RR, 01 de Abril de 2019.

Pedro Silva de Jesus

REPÚBLICA DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

FEDELO SILVA DE JESUS



CPF 128.200.163-91 **DATA NASCIMENTO** 09/04/1959

PRIMAÇÃO
RAINUNDO DE JESUS
MARIA MOREIRA DA SILVA
DE JESUS

PERMISSÃO ☒ **ACC** ☒ **CATHAR** ☒ **AB**

Nº REGISTRO 01296462904 **VALIDADE** 29/11/2018 **1ª HABILITAÇÃO** 24/02/2000

OBSERVAÇÕES

Pedro Silva de Jesus
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL BOA VISTA - RORAIMA **DATA DE EMISSÃO** 06/12/2013

Edilson Dantas Santos
Diretor Presidente
DETRAN RR
ASSINATURA DO EMISSOR

94979027009
RR207305838

PROJUDI PLASTIFICAR
806639489

VALIDAR EM TUDO
O TITULO NACIONAL
806639489

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CARTEIRA DE TRABALHO

Eu PEDRO SILVA DE JESUS, portador do RG nº 415305
Orgão expedidor MA e do CPF 128.200.163-91 residente no
endereço RIVER. VALDEMAR GOMES nº 2065
Bairro PINTOLANDIA declaro que não possuo CTPS – Carteira de
Trabalho, declaro estar ciente de que a falsidade nas informações acima
implicará nas penalidades cabíveis, previstas no Artigo 15 da Lei 12.101/09.

Bea Vista / RR, 01/04/2019

(local, data)

* Pedro Silva de Jesus

(Assinatura do declarante)

12103 - analise

POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 031/2019/DAT - Boa Vista-RR, em 10/10//2019

COMUNICANTE: PEDRO SILVA DE JESUS

RG: 415305

O. EXP.: SSP/MA

CPF: 128200163-91

ENDEREÇO: RUA - VEREADOR VALDEMAR GOMES, 2065

BAIRRO: PITOLANDIA

CIDADE: BOA VISTA - RR

SEXO: MASCULINO

PROFISSÃO: AUXILIAR DE MECÂNICA

NATURALIDADE: OLHO D'AGUA DA CUNHAS

ESTADO: MA

DATA DE NASCIMENTO: 09/04/1954 IDADE: 59 ANOS GRAU DE INSTRUÇÃO: 1º GRAU INCOMPLETO

ESTADO CIVIL: DIVORCIADO

TELEFONE: 99121-7479

Nº REG. CNH: 01296462904

NOME DO PAI: RAIMUNDO DE JESUS

NOME DA MÃE: MARIA MOREIRA DA SILVA DE JESUS

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às **17h08min do dia 13/05/2018, NA AVENIDA SOL, NO BAIRRO CIDADE SATÉLITE.**

O comunicante acima qualificado compareceu nesta Delegacia para relatar que estava vindo do local acima citado na MOTOCICLETA HONDA/CG 125 TITAN, PLACA NAJ-3126, DE COR AZUL, ANO 1999, DE PROPRIEDADE DO SENHOR PEDRO SILVA DE JESUS; Que trafegava na Avenida Sol; Que ao desviar de uma pedra perdeu o controle da Motocicleta se chocando com o meio; Que o comunicante foi levado para o HGR após ter ligado para seu filho; Que no HGR realizou exame de raio X; Que os médicos constataram haver FRATURA NA CLAVÍCULA; Que esse registro é para fins de SEGURO DPVAT; É o relato.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRANSITO E LESÃO CORPORAL
OBSERVAÇÃO:

Pedro Silva de Jesus
PEDRO SILVA DE JESUS

Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-denunciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."

Givanildo da Silva Vieira
AGENTE CARACERÁRIO DE POLICIA CIVIL

Givanildo da Silva Vieira
Mat. 042000855

07 MAR. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 013254876929
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

01 00719000017 RNTRC 2018

NOME
PEDRO SILVA DE JESUS
RR

CPF / CNPJ 128.200.163-91 PLACA NAJ3126

PLACA ANT. UF 902JC2500XK208881 CHASSI

PRIS/MOTOCICLETA/OUTRO APLIC. GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 TITAN ANO FAB 1999 ANO MOD 1999

CAP. POT. / CIL 2P/1012400/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE AZUL

COTA ÚNICA *1SENIOR VENC. COTA ÚNICA 1* VENC. / COTAS 1*
IPV A FAIXA LVA PARCELAMENTO / COTAS 2*
ISENTUITO DE 10 ANOS 3*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 100,7 IOF (R\$) 10,5 PRÊMIO TOTAL (R\$) 111,2 DATA DE PAGAMENTO 21/01/2019

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOUTRINA

100 Gomes Brasil
BOA VISTA DA PRINCIPAIS INTERMEDIÁRIAS
DATA 22/01/2019

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013254876929 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 22/01/2019

VIA 128.200.163-91 CPF / CNPJ NAJ3126

00719000017 MARCA/MODELO HONDA/CG 125 TITAN

ANO FAB 1999 DATA 21/01/2019 CHASSI 902JC2500XK208881

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$ 100,70 DENATRAN (R\$) R\$ 9,03 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$ 90,33

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$ 4,15 IOF (R\$) 10,5 PRÊMIO TOTAL (R\$) R\$ 104,48

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 21/01/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

07 MAR. 2019

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



<http://10.102.5.252:8888/IS4/is4//0DC331F0-FE90-4A0C-AF6C-9CBA8778FAF8.html>

07 MAR. 2019

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAQUETESTE									
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3338 - AEROPORTO									
FICHA DE ATENDIMENTO - CLÍNICA MÉDICA									
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		Pror	
PEDRO SILVA DE JESUS		09/04/1959		59 A 1 M 15 D		706505390986597		12820016391 001	
Documento		Orgão Emissor		Data Emissão		Sexo		Estado Civil	
415305		MA				F		NAO	
Naturalidade		Raza/Cor		Informado		Boa Vista - RR		BRASILEIRA	
Endereço		RUA - VEREADOR WALDEMAR GOMES - 2065 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR		Contato		(95) 99121-7479		Ocupação	
MÁRCIA MOREIRA DA SILVA DE JESUS		RAIMUNDO DE JESUS						MECÂNICO	
Classe de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autorização	
AZUL		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend		Precedência		Temp.	
SIPA - PRONTO ATENDIM		URGÊNCIA							
Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Registrado por:		FRANCIDALVA, MI			
PRONTO ATENDIMENTO		DEMANDA ESPONTANEA							
Queixa Principal		SALA DE GESSO		☐ Síndrome Febril		☐ Sintomático Respiratório		☐ Suspeita de Di	
Anamnese de Enfermagem		GSC		TOTAL		123456789		123456	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)		Dietas Alimentares							
Exame Físico									
Hipótese Diagnóstica									
SADT - Exames Complementares		☐ RAIOS-X		☐ ULTRA-SON		☐ TC		☐ SANGUE	
		☐ URINA		☐ ECG		☐ OUTROS:			
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO					
Rx (Carvalho) AP									
Dr. Fernando Rezende		Médico Assistente em Ortopedia e Traumatologia		20/03/2019					
Conduta		☐ Alta por Decisão Médica		☐ Ambulatório		☐ Observação (Até 24h)		☐ Internação	
		☐ Alta a Pedido							
		☐ Alta a Revella							
		☐ Transferência para:		Data e Hora da Saída/Alta:					
óbito		Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não		Destino: ☐ Família		☐ IML Anatomia Patológica			
Assinatura do Paciente ou Responsável		Carimbo e Assinatura do Médico							
Impresso por: diana.carvalho		Data Hora: 24/05/2018 09:43:09							
1800952192									

07 MAR. 2019

07 MAR. 2019

BLOCO B

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				1 - CHES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE					
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				6 - N° DO PRONTUÁRIO	
4 - NOME DO PACIENTE				9 - SEXO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)				14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				15 - UF	
				16 - CEP	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A 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 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				26 - CLÍNICA	
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO				28 - DOCUMENTO	
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE	
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)				36 - CNPJ DA SEGURADORA	
33 - ACIDENTE DE TRABALHO				37 - N° DO BILHETE	
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO				38 - SÉRIE	
35 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO				39 - CNPJ EMPRESA	
40 - CHAVE DA EMPRESA				41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR				45 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				47 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)				49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Bf. Eduardo Gomes, 9/N
Novo Planalto Tel (68) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
18 NOV. 2018
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE			
DIAGNÓSTICO			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO		DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SN
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia		11:30
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		11:30
4	TILATIL 20mg 12/12hs		11:30
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N		11:30
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(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		SN
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H		SN
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG		SN
14	CURATIVO DIARIO		SN
15			
16			
17			
18			
19			
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI, 251-300: 4UI, 301-350: 6UI, 351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

SSVV às 18h
PA: 130 x 80
FC: 72
T: 36,5°C
M^a Amélia de S. Aguiar
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 607.678-1E

Realizado visita e orientações
Enfermeira
Eliana T. Orlas
COREN-RR 187.128

Dr. Fernando Rezende
Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia
(CRM-RR 2007)

SINAIS VITAIS	PA	FC	T	D
6 H	130/90	72	36,5°C	95%
12 H				
18 H	130/80	75	36,5°C	95%
24 H	130/90	78	36,5°C	95%

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

11 horas
PA: 132 x 80
FC: 72
T: 36,5

07 MAR. 2019

Abhner de Souza Gomes Lins dos Santos

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE <i>Abhner de Souza Gomes Lins dos Santos</i>			
DIAGNOSTICO			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO	DATA	<i>11/03/19</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SND
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia		<i>12h</i>
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		<i>12h</i>
4	TILATIL 20mg 12/12hs		<i>12h</i>
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N		<i>12h</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		SND
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		SND
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS		<i>12h</i>
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		SND
10	SSVV + CCGG 6/6 H		
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG		SND
14	CURATIVO DIARIO		
15	<i>Exatoma. 50 mg (100) 12/12h</i>		<i>12h</i>
16	<i>Abhner de Souza Gomes Lins dos Santos 15mg 12/12h</i>		<i>12h</i>
17	<i>12/12h</i>		
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:

Ao bloco para programação cirúrgica

*15h PA: 120x80
Fe: 84
T: 36,5°C*

Diagnóstico: Exatoma. 50 mg (100) 12/12h

Abhner de Souza Gomes Lins dos Santos 15mg 12/12h

12/12h

SINAIS VITAIS			
6 H	<i>36,5°C</i>	<i>120x80</i>	<i>84</i>
12 H	<i>36,5°C</i>	<i>120x80</i>	<i>80</i>
18 H			
24 H	<i>36,5°C</i>	<i>145x94</i>	<i>85</i>

TE, belizera lead Costa

MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.

*Marcos Antônio de Lima e Soares
Téc. em Enfermagem
COREN/RN 97339*

07 MAR. 2019

07 MAR. 2019

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				2 - CHES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE				4 - CHES	
5 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE					
6 - N° DO PRONTUÁRIO					
7 - NOME DO PACIENTE				8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - SEXO					
10 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL				13 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)	
14 - COD. IBGE MUNICÍPIO				15 - UF	
16 - CEP					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A 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 CAUSAS ASSOCIADAS					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
26 - CLÍNICA					
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
28 - DOCUMENTO					
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° 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 TRAJECTO					
36 - CNPJ DA SEGURADORA					
37 - N° DO BILHETE					
38 - SÉRIE					
39 - CNPJ EMPRESA					
40 - CNAE DA EMPRESA					
41 - CBOR					
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
43 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR					
46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)					



P3-2518

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		PEDRO SILVA DE JESUS			
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS		NEGA	
IDADE		LEITO		DATA	
ITEM		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF0,9 500ML EV DE 12/12H				
3	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H			SUSP.	
4	TILATIL 40MG EV 1X/DIA			SUSP.	
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	LOSARTANA 50MG VO 1X/DIA				
16	HIDROCLOROTIAZIDA 25MG VO 1X/DIA				
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

SINAIS VITAIS	PA	PC	Dextro	T
6 H	140/80	74	105	36.6°C
12 H	120x70	75		36°C
18 H	130x90	82		35.3°C
24 H	130/85	75	12.1	36.1°C

MEDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Realizado visita e orientações

Carlos A. Teixeira
COREN-RR 183.770-ENF

Priscila S. Galvão
COREN-RR 223.848-ENF

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE					
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	17/01/18
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia				
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				
4	TILATIL 20mg 12/12hs				
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	Fractura do pé 1º e 2º de 11º				
16	Hidrocortisona 25mg 1x dia				
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CC: FORMULA ESQUEMA. 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

SINAIS VITAIS				
6 H	140/80	72	36.5	98
12 H	140/80	73	36.3	98
18 H	140/90	74	36.0	98
24 H	140/90	74	36.0	98

Patrícia Cabral
Téc Enfermagem
COREN-RR 537 176
1400-111-1111
1400-111-1111

Realizada visita e
orientação

Francilene R. Sobrinho
Téc em Enfermagem
COREN-RR 1.033.755-77

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

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

DATA DE ADMISSÃO: _____ DIH: _____ DN: _____

PACIENTE: *Felipe Silva de Jesus*

DIAGNÓSTICO: _____

ALERGIAS: _____ HAS: _____ NEGA: _____ DM2: _____ NEGA: _____

IDADE: _____ LEITO: _____ DATA: *05/2018*

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL	
2	AVP	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6 HORAS	
5	TENOXICAM 20 MG EV 12/12H	
6	RANITIDINA 50MG IV 12/12HS	
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
8	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN	
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
11	SSVV + CCGG 6/6 H	
12	CURATIVO DIÁRIO	
13	<i>Apresentar 100% de 1200 de</i>	
14	<i>Apresentar 100% de 1200 de</i>	
15		
16		
17		
18		
19		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Realizado visita e orientações
Tarciana Poyla de Souza Dutra
Enfermeira
COREN-RR 237.389

Realizado visita e orientações
Renê De Lencastre dos Santos
Téc. De Enfermagem
COREN-RR 848472

Realizado visita e orientações
Antonio C. Benedito
Enfermeiro
COREN-RR 110440

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	Temperatura
6 H	140/90	77	36,5°C	
12 H	140/90	89	36,7°C	27,0°C
18 H	140/90	78	36,5°C	1,5°C
24 H	140/90	80	36,6°C	

Residente de Ortopedia e Traumatologia
Residente de Ortopedia e Traumatologia
Residente de Ortopedia e Traumatologia

Polianna Leal Costa

Tel. (085) 3241-1100

Maciana Fátima Barreto
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 110440

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
DATA DE ADMISSÃO				01/11	
PACIENTE	PEDRO SILVA				
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS			HAS	NEGA	DIAS
IDADE			LEITO		DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO				
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6HS				
4	TILATIL 20MG EV 12/12HS				
5	DIPIRONA 1G IV 6/6H S/N				
6	TRAMAL 100MG + 100ml SF0.9% EV OU 01 CP VO DE 6/6h em dor intensa				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 12/12hs				
9	SIMEPLICNA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 mmHg				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	LOSARTANA 50MG VO 1X/DIA				
16	HIDROCLOROTIAZIDA 25MG VO 1X/DIA				
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULA AP 190.				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI, 251-300 4UI, 301-350 6UI,				
20	351-400: 8UI, > 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 UI/ML, GLICOSE 60% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

08/04/2019

Realizado

Realizado visita e orientações

Carlos A. Teixeira
COREN-RR 163.770-EST

Priscila B. Calvo
CUNCI-RR 323.848-EST

SINAIS VITAIS

MÉDICO RESPONSÁVEL EM

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	PEDRO SILVA				
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	31/05/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6HS				SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12HS				
5	DIPIRONA 1G IV 6/6H S/N				
6	TRAMAL 100MG + 100ml SF0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h se dor intensa				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 12/12hs				
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				
14	LOSARTANA 50MG VO 1X/DIA				
15	HIDROCLOROTIAZIDA 25MG VO 1X/DIA				
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

06/06
PA: 130x80
FC: 98
T: 36,7
Dr. Lael da Silva
Médico
CRM-RR 2015

16:00
PA: 130x80
FC: 98
T: 36,7

SINAIS VITAIS	PA	FC	T
6 H			
12 H	130/80	85	36,7
18 H	150/100	99	37,0
24 H	140/100	95	36,9

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Marli Carneiro da Silva
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 442.498

Anelita de Souza Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 442.498

ANTONIA KATIANE OLIVEIRA FREITAS
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 533.053

Dr. Lael da Silva
Médico
CRM-RR 2015

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	F. ANTONIO SILVA R.				
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5:30
2	SFO, 9% 500ML EV DE 8/8HS				14:30
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				14:30
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H				14:30
5	TENOXICAM 40MG EV 1X/DIA				14:30
6	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H S/N				14:30
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				14:30
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				14:30
10	REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 8/8H				14:30
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				14:30
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				14:30
13	CURATIVO DIÁRIO				m
14	SSVV + CCGG 6/6 H				m
15	LOXATAM 200mg VO 1X/DIA				14:30
16	HIDROCORTISON 25mg VO 1X/DIA				14:30
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: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
Realizado visita e orientações 44:00H Realizado visita e orientações Maria Helena de Lima S. Chaves Téc. em Enfermagem COREN-RR 973.397 Silene H. Almeida Téc. em Enfermagem COREN-RR 711.155 Jacieli de S. Correa Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 106.750					
6 H	190/110	84	36,4°C		
12 H	110/60	80	36,5°C	Distr. 62	
18 H	140/70	85	36,4°C		
24 H	152/86	89	36,4°C		
				MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.	

217-02



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	24/05/2018	DIH		DN	08/04/2019
PACIENTE	PEDRO SILVA DE JESUS				
AGNOSTIC	FRATURA CLAVICULA ESQ				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	59	LEITO	217-1	DATA	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H				
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS (S/N)				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM OU 1 CP V O				
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6 H				
13	RANITIDINA 50MG EV 8/8HRS (EM AUSENCIA DE OMEPRAZOL)				
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

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 V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	17.1/84	92	-	36.2
12 H	15.0/80	93	-	36.6
18 H	14.0/80	95	-	36.3
24 H	13.8/84	92	-	36.7

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

Dr. Odinachi Okemiri
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

feito medica-
ção + SSVV
conform pres-
cric medica-
ção dia

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	24/05/2018	DIH		DN	09/04/1959
PACIENTE	PEDRO SILVA DE JESUS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA CLAVICULA ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	59	LEITO	217-2	DATA	03/05/18
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5:00
2	AVP				5:00
3	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H				5:00
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				5:00
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS (S/N)				5:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN				5:00
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				5:00
8	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM OU 1 CP V.O				5:00
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				5:00
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				5:00
11	CURATIVO DIÁRIO				5:00
12	SSVV + CCGG 6/6 H				5:00
13	RANITIDINA 50MG EV 8/8HRS (EM AUSENCIA DE OMEPRAZOL)				5:00
14	LOSARTANA 50MG VO 1 X AO DIA				5:00
15	HIDROCLOROTIAZIDA 25MG 1 CP VO 1 X AO DIA				5:00
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DI./ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

II SOLICITADO:

II CONDUTA:

II PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

II PREVISÃO DE ALTA - SEM PREVISÃO				
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	120/80	—	85	36.2
12 H	130/80	—	84	36.2
18 H	140/80	—	86	36.1
24 H	130/80	—	79	36.2

Dr. Odinachi Okemiri
Residente de Ortopedia e Traumatologia
CRM: 105178R

Em presença de médico, não há
presença de sinais de infecção
na ferida.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	24/05/2018	DIH		DN	09/04/1959
PACIENTE	PEDRO SILVA DE JESUS				
AGNOSTIC	FRATURA CLAVICULA ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	59	LEITO	217-2	DATA	04/06/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				24/05
2	AVP				24/05
3	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H				24/05
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				24/05
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS (S/N)				24/05
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN				24/05
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				24/05
8	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM OU 1 CP V.O				24/05
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				24/05
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				24/05
11	CURATIVO DIÁRIO				24/05
12	SSVV + CCGG 6/6 H				24/05
13	RANITIDINA 50MG EV 8/8HRS (EM AUSENCIA DE OMEPRAZOL)				24/05
14	LOSARTANA 50MG VO 1 X AO DIA				24/05
15	HIDROCLOROTIAZIDA 25MG 1 CP VO 1 X AO DIA				24/05
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NC LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES					
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.					
# SOLICITADO: 24/05 PA- 135x96 FC- 74					
# CONDUTA: 06/06 PA- 135x96 FC- 75					
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO					
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO					
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
18 H	140/80	83	20	35.9	
12 H					
18 H	135x96	80	20	36.5	
24 H					

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

Dr. Odinachi Okemiri
Residente de Ortopedia e Traumatologia

Isabel Gomes Ma
Téc. de Enfermagem
COREN/RR 510 0

Na

Realizado novo HUP
na USF em 14/06/2018
T.M.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	24/05/2018	DIH		DN	09/04/1959
PACIENTE	PEDRO SILVA DE JESUS				
AGNÓSTICO	FRATURA CLAVICULA ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	59	LEITO	217-2	DATA	05/06/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S.O.D
2	AVP				manhã
3	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H				12h
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				S.O
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS (S/N)				S.O
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN				S.O
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				S.O
8	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM OU 1 CP V.O				1h
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S.O
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				S.O
11	CURATIVO DIÁRIO				1h
12	SSVV + CCGG 6/6 H				manhã
13	RANITIDINA 50MG EV 8/8HRS (EM AUSENCIA DE OMEPRAZOL)				S.O
14	LOSARTANA 50MG VO 1 X AO DIA				1h
15	HIDROCLOROTIAZIDA 25MG 1 CP VO 1 X AO DIA				1h
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

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	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	130x88	88		35.2
18 H	130x91	74		36.0
24 H	142x92	82	19	36.0

Dr. Odinachi Okemiri
Residente de Ortopedia e Traumatologia
COREN-RR 001.200.883

Dr. Odinachi Okemiri
Residente de Ortopedia e Traumatologia
COREN-RR 001.200.883

Ariques da Silva Souza
Técnico de Enfermagem
COREN-RR 001.200.883

Luciana dos S. Nogueira
Técnica em Enfermagem
COREN-RR 001.013.783 TE

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	24/05/2018	DIH		DN	69/04/1969
PACIENTE	PEDRO SILVA DE JESUS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA CLAVICULA ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	59	LEITO	217-2	DATA	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SPD
2	AVP				manuten.
3	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H				12 ^h 18 ^h
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				SN
5	DIPYRONA 01 G EV DE 6/6 HS (S/N)				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM OU 1 CP V.O				
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
11	CURATIVO DIÁRIO				M
12	SSVV + CCGG 6/6 H				prontuário
13	RANITIDINA 50MG EV 8/8HRS (EM AUSÊNCIA DE OMEPRAZOL)				SN
14	LOSARTANA 50MG VO 1 X AO DIA				18 ^h
15	HIDROCLOROTIAZIDA 25MG 1 CP VO 1 X AO DIA				18 ^h
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

II ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO.
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
II EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNÉICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
II SOLICITADO:

II CONDUTA:

II PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

II PREVISÃO DE ALTA SEM PREVISÃO					
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	140/90	76		36.4°C	Dr. Osmar Okeniri Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM 10611/R Dr. Osmar Okeniri Residente de Ortopedia e Traumatologia
12 H	142/95	82	—	36.4°C	
18 H	140/80	76		35.8°C	
24 H	120/70	80	—	36.4°C	

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	24/05/2018	DIH		DN	09/04/1959
PACIENTE	PEDRO SILVA DE JESUS				
AGNÓSTICO	FRATURA CLAVICULA ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	59	LEITO	217-2	DATA	07/06/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	AVP				manhã
3	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H				12h, 18h
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				SN
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS (S/N)				SN 19h
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM OU 1 CP V.O				✓
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
11	CURATIVO DIÁRIO				M
12	SSVV + CCGG 6/6 H				matina
13	RANITIDINA 50MG EV 8/8HRS (EM AUSENCIA DE OMEPRAZOL)				SN
14	LOSARTANA 50MG VO 1 X AO DIA				2h, 18h
15	HIDROCLOROTIAZIDA 25MG 1 CP VO 1 X AO DIA				18h, 19h
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

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 V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	120/80	77	20	36,2°C
12 H	139/80	84		35
18 H	117/74	73		35,8°C
24 H	130/80	77	20	36,1°C

Dr. Odinachi Okemiri
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	24/05/2018	DIH		DN	09/04/1959
PACIENTE	PEDRO SILVA DE JESUS				
AGNÓSTICO	FRATURA CLAVICULA ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	59	LEITO	217-2	DATA	08/06/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H				
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS (S/N)				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM OU 1 CP V.O				
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6 H				
13	RANITIDINA 50MG EV 8/8HRS (EM AUSENCIA DE OMEPRAZOL)				
14	LOSARTANA 50MG VO 1 X AO DIA				
15	HIDROCLOROTIAZIDA 25MG 1 CP VO 1 X AO DIA				
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
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	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	130 x 90	79		36.0	
12 H	140 x 99	92		36.5	
18 H	130 x 80	98	22	36.3	
24 H	130 x 80	80		36.0	

Luciano dos S. Noqueira
 Médico em Ortopedia e Traumatologia
 COREN-RR 140101763-1E

Dr. Odinachi Okemiri
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 10617RR
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA 					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	24/05/2018	DIH		DN	09/04/1959
PACIENTE	PEDRO SILVA DE JESUS				
AGNÓSTICO	FRATURA CLAVICULA ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	59	LEITO	217-2	DATA	09/06/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				11h
2	AVP				12h
3	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H				12h
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				11h
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS (S/N)				11h
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN				11h
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				11h
8	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM OU 1 CP V.O				06
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				11h
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				11h
11	CURATIVO DIÁRIO				11h
12	SSVV + CCGG 6/6 H				11h
13	RANITIDINA 50MG EV 8/8HRS (EM AUSENCIA DE OMEPRAZOL)				
14	LOSARTANA 50MG VO 1 X AO DIA				08
15	HIDROCLOROTIAZIDA 25MG 1 CP VO 1 X AO DIA				16
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
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	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	131/91	73			
12 H	140/90			36°C	
18 H	120/80	76		36.3°C	
24 H	114/80	73		36.2°C	


Dr. Odinachi Okemiri
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 105178

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	24/05/2018	DIH		DN	09/04/1959
NOME: PEDRO SILVA DE JESUS					
DIAGNÓSTICO: FRATURA CLAVICULA ESQUERDO					
ERGAS		HAS		DM2	
IDADE	59	LEITO	237-2	DATA	
TEXA	PRESCRIÇÃO				
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	A/P				
3	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H				
4	TENOXICA/A 40 MG EV 01 X DIA S/N				
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS (S/N)				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM OU 1 CP V.O				
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
10	S.METICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6 H				
13	RANITIDINA 50MG IV 8/8HRS (EM AUSENCIA DE OMEPRAZOL)				
14	LOSARTANA 50MG VO 1 X AO DIA				
15	HIDROCLOROTIAZIDA 25MG 1 CP VO 1 X AO DIA				
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DI./ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Revisão. D- da hiperêmia => após 24h p/ procedimento deu 11/06 pela manhã
RECONTRO PACIENTE: DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITAÇÃO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	112/50	82	—	36.0
12 H	115/74	84	—	36.0
18 H	139/81	86	—	35.0
24 H	132/84	75	—	36.0

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 118.171

Dr. Odinachi Okemiri
Residência de Ortopedia e
Traumatologia

Dr. Odinachi Okemiri
CRM: 118.171

07 MAR. 2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO	
Data: 11/06/19	O.S. _____



DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fx CLAVICULA

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: TRT CIRURGICA

TIPO DE INTERVENÇÃO: OSTEOSINTESE Fx CLAVICULA (C)

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: Ø

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O MESMO

CIRURGIÃO: <u>DR. ROGERIO</u>	1º AUXILIAR: <u>DR. NELSON</u>
2º AUXILIAR: <u>DR. MARCOS R.</u>	INSTRUMENTADORA: _____
3º AUXILIAR: _____	ANESTESIA: _____
ANESTESISTAS: _____	ANESTÉSICO: <u>propofol</u>
INÍCIO: _____	FIM: <u>Dr. Rogério L. de F. Med. Cirurgista CRM-RR 1205</u>
DURAÇÃO: _____	

RELATÓRIO CIRURGICO

1) Paciente com AMB. 5019 Plano Anterior
2) Anestesia + ASSEPTA + lavagem cirúrgica
3) Incisão em forma de T horizontal, 10cm
4) Quebra de pele, identificação com marcador
5) Redução + fixação de fratura com 2.5mm
6) Lavagem + drenagem Hemostática
7) Sutura por pontos
8) Curativo

Dalson Feltosa
Ortopedia/Traumatologia
CRM 176

II - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

NOME: Pedro Sales de Jesus



medicamento
Kupido - 100mg
Alcance 100mg
Alcance 100mg
Alcance 100mg

TRANSOPERATÓRIO				SRPA	
Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia	Saída S.O.	Cirurgia Realizada
7:30	08:00	08:15	09:40		1. Sonda
Cirurgia Realizada				Posição: <u>prone</u>	2. Curativo
Hidratação Intravenosa				Hemodinâmica	3. Dreno
SFA 0,9%: <u>5</u>				Nome: <u>CH</u>	4. Acesso Venoso
SG a 10%: <u>5</u>				Dose: <u>5</u>	5. Outros
Outros: <u>Plasma</u>				Plaquetas: <u>100.000</u>	
Nº de compressas oferecidas: <u>12</u>				Antídoto Pate: <u>Não</u>	
Nº de compressas recolhidas: <u>12</u>				(-) Não	
Sinais Vitais:				() Sim	
T: <u>36,5</u> °C				Nº peças: <u>1</u>	
SAT: <u>98</u> %				() Cultura	
PC: <u>90</u> bpm				() Outros: <u>1</u>	
PA: <u>110/70</u> mmHg					
Exames na S.O.: () Ht () Hb () Hemograma () Rolo X					
() Outros:					
Legenda					
1. Eletrodos					
2. Oxímetro					
3. PVC					
4. Placa de Bisturi					
5. Incisão					
6. Cateter					
7. Venoclise					
8. Dreno					
9. SNG					
10. Fala de Smech					
11. Outros:					
Destino: () SRPA () UTI () Outros:					
Instrumento elaborado pelos Enfermeiros da COO: <u>COO - NUN/ 2005</u>					

07 MAR. 2019

ESTADO DE RORAIMA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		ANTES DA CIRURGIA	
ANESTESIA		ANTES DE O PACIENTE SAIR DO SALÃO DE OPERAÇÕES	
CONFIRMAÇÃO DE EQUIPE CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: ☒ Sim ☐ Não		CONFIRMAÇÃO DE EQUIPE OS PROFISSIONAIS E EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA O NOME VERBALMENTE COM A EQUIPE:	
CIRURGIAO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMAR O NOME E FUNÇÃO: ☒ Identificação do paciente ☒ Sítio cirúrgico ☒ Procedimento		1- O NOME E O PROCEDIMENTO REGISTRO DO NOME: ☒ Sim ☐ Não	
REVISÃO DO CIRURGIÃO Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.		2- SE AS CONDIÇÕES DE INSTALAÇÕES CIRÚRGICAS, COMPRESSAS E FOLHAS ESTÃO CORRETAS ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica	
REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA Há alguma preocupação específica em relação ao paciente		3- COMO A AMOSTRA PARA A ANÁLISE PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE) ☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica	
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.		SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO ☐ Sim ☒ Não	
A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS. ☐ Não se aplica ☐ Sim, ☐ Não		O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM AS PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica	
ASSINATURAS Anestesiologista: <u>Dr. Manoel Marques</u> Cirurgião: <u>Dr. Manoel Marques</u> Enfermeiro: <u>Manoel Marques</u> Ass. Enfermeiro: <u>Manoel Marques</u>		ASSINATURAS Assinatura e Carimbo	

07 MAR. 2019

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

07 MAR. 2019



FICHA DE ANESTESIA

PRE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		17	
11 20 11 30 11 40 11 50 12 00 12 10 12 20 12 30 12 40 12 50			
SF SF SF			
12 00 12 10 12 20 12 30 12 40 12 50 13 00 13 10 13 20 13 30			
13 40 13 50 14 00 14 10 14 20 14 30 14 40 14 50 15 00 15 10			
15 20 15 30 15 40 15 50 16 00 16 10 16 20 16 30 16 40 16 50			
17 00 17 10 17 20 17 30 17 40 17 50 18 00 18 10 18 20 18 30			
18 40 18 50 19 00 19 10 19 20 19 30 19 40 19 50 20 00 20 10			
20 20 20 30 20 40 20 50 21 00 21 10 21 20 21 30 21 40 21 50			
22 00 22 10 22 20 22 30 22 40 22 50 23 00 23 10 23 20 23 30			
23 40 23 50 24 00 24 10 24 20 24 30 24 40 24 50 25 00 25 10			
25 20 25 30 25 40 25 50 26 00 26 10 26 20 26 30 26 40 26 50			
27 00 27 10 27 20 27 30 27 40 27 50 28 00 28 10 28 20 28 30			
28 40 28 50 29 00 29 10 29 20 29 30 29 40 29 50 30 00 30 10			
30 20 30 30 30 40 30 50 31 00 31 10 31 20 31 30 31 40 31 50			
32 00 32 10 32 20 32 30 32 40 32 50 33 00 33 10 33 20 33 30			
33 40 33 50 34 00 34 10 34 20 34 30 34 40 34 50 35 00 35 10			
35 20 35 30 35 40 35 50 36 00 36 10 36 20 36 30 36 40 36 50			
37 00 37 10 37 20 37 30 37 40 37 50 38 00 38 10 38 20 38 30			
38 40 38 50 39 00 39 10 39 20 39 30 39 40 39 50 40 00 40 10			
40 20 40 30 40 40 40 50 41 00 41 10 41 20 41 30 41 40 41 50			
42 00 42 10 42 20 42 30 42 40 42 50 43 00 43 10 43 20 43 30			
43 40 43 50 44 00 44 10 44 20 44 30 44 40 44 50 45 00 45 10			
45 20 45 30 45 40 45 50 46 00 46 10 46 20 46 30 46 40 46 50			
47 00 47 10 47 20 47 30 47 40 47 50 48 00 48 10 48 20 48 30			
48 40 48 50 49 00 49 10 49 20 49 30 49 40 49 50 50 00 50 10			
50 20 50 30 50 40 50 50 51 00 51 10 51 20 51 30 51 40 51 50			
52 00 52 10 52 20 52 30 52 40 52 50 53 00 53 10 53 20 53 30			
53 40 53 50 54 00 54 10 54 20 54 30 54 40 54 50 55 00 55 10			
55 20 55 30 55 40 55 50</			

ASLFA

Ura. Marisa Rinte
Investigadora
CRM, RR - Sub

07 MAR. 2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO		Nº DO PRONTUÁRIO		DATA	
J. M. de S. M.		0010		10.03.2019		10.03.2019	
CIRURGIA							
TIPO				TEMPO DE DURAÇÃO			
Cirurgia de...				INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
				09:00	10:30		
EQUIPE MÉDICA							
CIRURGIÃO				ANESTESISTA:			
Dr. Reginaldo / Dr. Nelson				RES. ANESTESIA:		Dr. Nelson	
1º AUXILIAR				INSTRUMENTADOR			
Dr. Marcos							
2º AUXILIAR				CIRCULANTE		Dr. Nelson	
TIPO DE ANESTESIA: Geral				TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR		
10	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		7	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 300			
10	PACOTES GAZE		1	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO 500			
	ALA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSEADO			
	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYLNº 0			
	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 3.0			
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº			
10	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº			
	LÂMINA BISTURINº 24			FIO CATGUT SIMPLES Nº			
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº			
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº			
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº			
	SERINGA 01ML			SURGICEL			
1	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO			
7	SERINGA 05 ML			KIT CATARATANº			
10	SERINGA 10ML		10ml	GEOGAM			
	SERINGA 20ML		10ml	RTA CARDIACA			
1	Alcaldia		1	OUTROS: sutura e lã per			
Total R\$							
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS				DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			VALOR
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE		MATERIAL MEDICAMENTOS			
		B. M. de S.		SUB- TOTAL			
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA		TAXA DE SALA			
		Dr. Nelson		TAXA DE ANESTESIA			
				SOMA			
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE							

07 MAR. 2019

217-2


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

DATA DE ADMISSÃO		24/05/2018	DIH	DN	09/04/1959
PACIENTE PEDRO SILVA DE JESUS					
AGNOSTICAFRATURA CLAVICULA ESQUERDO					
ALÉRGICAS		HAS		DM2	
IDADE	59	LEITO	217-2	DATA	13/05/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H				
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
5	LIDITRONA 01 G EV DE 6/6 HS (S/N)				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM OU 1 CP V.O				
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6 H				
13	RANITIDINA 50MG EV 8/8HRS (EM AUSENCIA DE OMEPRAZOL)				
14	LOSARTANA 50MG VO 1 X AO DIA (Com o Pct)				
15	HIDROCLOROTIAZIDA 25MG 1 CP VO 1 X AO DIA				
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

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

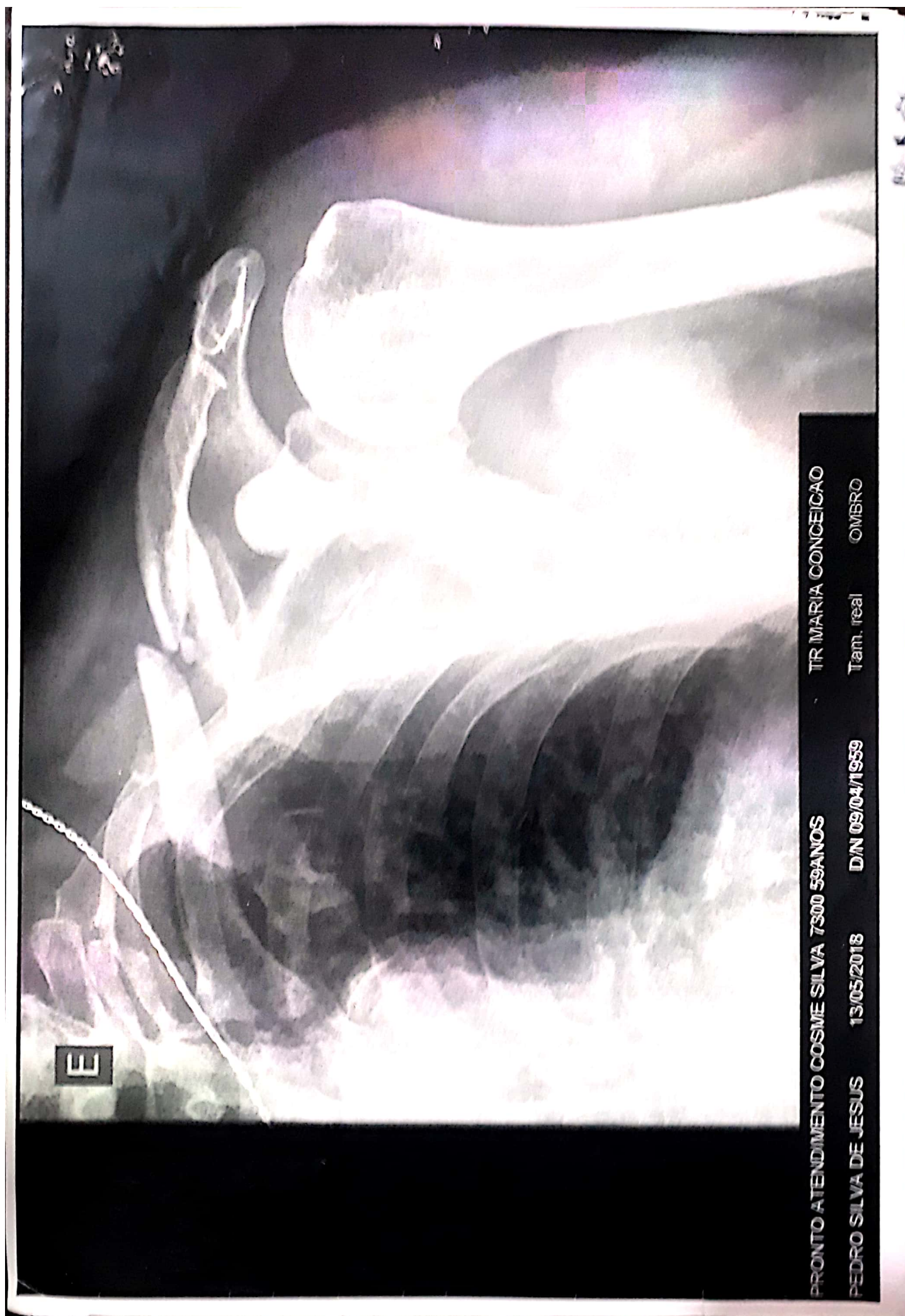
SINAIS-V	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	135/83	75	-	36.3
18 H				
24 H				

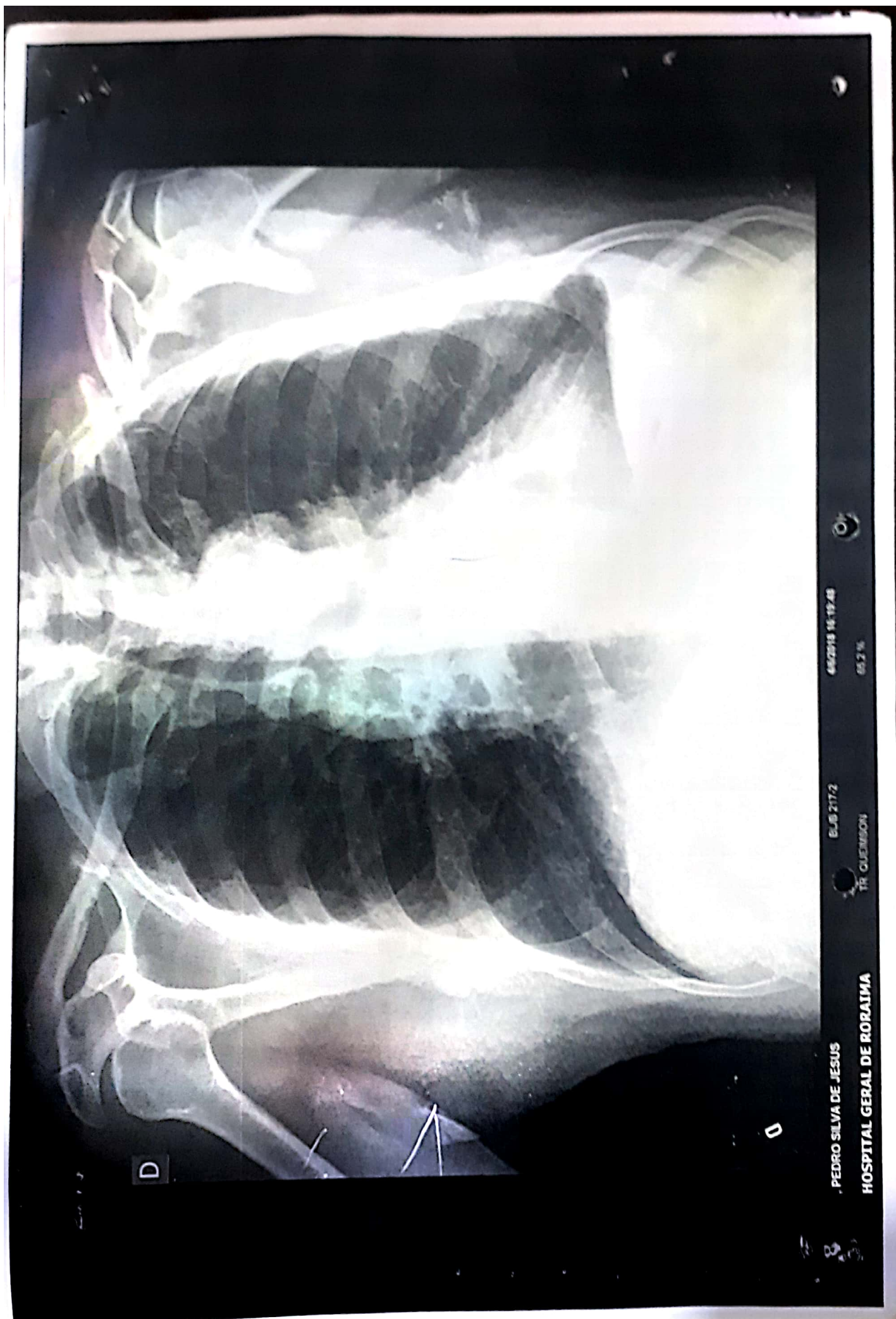
Dr. Odinachi Okemiri
Residente de Ortopedia e Traumatologia

Paciente recebeu AVP
 para o manejo de dor
 que o médico passou
 a ele e que ele não
 estava mais tomando.
 O mesmo tem não tem
 esparadrapo e a unidade

Adm. em estado
 medicado do
 meu idoso, idoso
 no reator. Sem
 no reator.

Poliana P. de Medeiros
 Tec. em Enfermagem
 COREN-RR 331737





Seguradora		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE			
Nº do sinistro ou ASL:		CPF da vítima	Nome completo da vítima:
		128.200.163-91	Pedro Silva de Jesus
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo		CPF:	
Pedro Silva de Jesus		128.200.163-91	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Chefe de Mecânica	Av. Jardim	450	Ang. B.06 Apto 202
Cidade:	Cidade:	Estado:	CEP:
Cidade de São Luís	Boa Vista	RR	69.300-000
E-mail:		Tel. (DDD):	
JLOIRRR@HOTMAIL.COM		(95) 99154-4282	
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
DADOS CADASTRAIS			
RENDA MENSAL:			
☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00			
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00			
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA			
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)			
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)			
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			
Nome do BANCO: _____			
AGÊNCIA: 3906		CONTA: 018978	
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____			
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)			
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.			
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE			
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):			
☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou			
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou			
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.			
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.			
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE			
Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____			
Grau de Parentesco com a vítima:		Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____	
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não		Se tinha filhos, informar quantos: _____	
Vivos: _____		Falecidos: _____	
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não		Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não	
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.			
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado		TESTEMUNHAS	
Local e Data: Boa Vista - RR		1ª Nome: _____	
Nome: Pedro Silva de Jesus		CPF: _____	
CPF: 128.200.163-91		Assinatura _____	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		2ª Nome: _____	
Assinatura do Representante Legal (se houver)		CPF: _____	
Assinatura do Procurador (se houver)		Assinatura _____	
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.			

FPS.001 V001/2018

07 MAR. 2019



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

328.200.363-93

Nome completo da vítima

Pedro Silva de Jesus

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Pedro Silva de Jesus		CPF titular da conta	328.200.363-93	Profissão
Endereço	Av. Jardim		Número	450	Complemento
Bairro	Cidade	Estado	CEP		
Cidade Satélite	Boa Vista	Paraná	89.301-202		
E-mail	loanna@hotmail.com		Telefone (DDD)	(45) 99154-4752	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

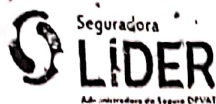
Boa Vista, 23 de JANEIRO de 2014

Local e Data

Pedro Silva de Jesus

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

Pedro Silva de Jesus

CPF da Vítima

325.200.363-93

Data do Acidente

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

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.

RUA VIKTORIA 23 de JANEIRO de 2014

Local e Data

Pedro Silva de Jesus

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Ilair Inácio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512 - 04
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Pedro Silva de Jesus inscrito
(a) no CPF sob o Nº 128.200.163 / 91 do sinistro de DPVAT cobertura Integridade da Vítima
Pedro Silva de Jesus inscrito (a) no CPF sob o Nº 128.200.163 / 91, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

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

Boa Vista - RR 23 de fevereiro de 2019
Local e Data

Assinatura do Declarante

24 JAN. 2019

DI DRL.001 V001/2017

07 MAR. 2019



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 9h às 20h, nos telefones 4020-1506 (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, 29 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190186301

Vítima: PEDRO SILVA DE JESUS

Data do Acidente: 13/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PEDRO SILVA DE JESUS

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: PEDRO SILVA DE JESUS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003906

Conta: 00000018978-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00857/00858 - conta_1SR - INVALIDEZ



Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
R. Senador Dantas 74, 5º andar
Centro Rio de Janeiro CEP 20031-205



ANEXO 1

TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do bço					

DrCalc / EasyCalc- Cálculos financeiros e judiciais pela web

<http://drcalc.net/correcao2.asp?descricao=&valor=3.375%2C0...>



Cálculo de Atualização Monetária

Dados básicos informados para cálculo

Descrição do cálculo	
Valor Nominal	R\$ 3.375,00
Indexador e metodologia de cálculo	IPCA-E (IBGE) - Calculado pro-rata die.
Período da correção	13/5/2018 a 1/4/2019
Taxa de juros (%)	1 % a.m. compostos
Período dos juros	13/5/2018 a 4/4/2019

Dados calculados

Fator de correção do período	323 dias	1,039074
Percentual correspondente	323 dias	3,907412 %
Valor corrigido para 1/4/2019	(=)	R\$ 3.506,88
Juros(326 dias-11,41892%)	(+)	R\$ 400,45
Sub Total	(=)	R\$ 3.907,33
Valor total	(=)	R\$ 3.907,33

Memória analítica do cálculo

Valor inicial	3.375,00
Data inicial	13/5/2018
Data final	1/4/2019
Periodicidade	Mensal
Metodologia de cálculo	Calculado pro-rata die.

Termo inicial	Termo final	Variação do período	Valor
13/5/2018	1/6/2018	0,0858 (%)	3.377,90
1/6/2018	1/7/2018	1,1100 (%)	3.415,39
1/7/2018	1/8/2018	0,6400 (%)	3.437,25
1/8/2018	1/9/2018	0,1300 (%)	3.441,72
1/9/2018	1/10/2018	0,0900 (%)	3.444,81
1/10/2018	1/11/2018	0,5800 (%)	3.464,79
1/11/2018	1/12/2018	0,1900 (%)	3.471,38
1/12/2018	1/1/2019	-0,1600 (%)	3.465,82
1/1/2019	1/2/2019	0,3000 (%)	3.476,22
1/2/2019	1/3/2019	0,3400 (%)	3.488,04
1/3/2019	1/4/2019	0,5400 (%)	3.506,88

Acréscimos de juro, multa e honorários

Juros(326 dias-11,41892%)	(+)	R\$ 400,45
Sub Total	(=)	R\$ 3.907,33
Valor total	(=)	R\$ 3.907,33

Retornar Imprimir