

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/03/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADENILTON MARIANO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03993-4

CONTA: 000010015244-9

Nr. da Autenticação 68C9EF89F1BCAE98

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160585686 **Cidade:** Mucajaí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADENILTON MARIANO DA SILVA **Data do acidente:** 10/04/2016 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO E ROTAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DE TORNOZELO ESQUERDO; EDEMA RESIDUAL; TRATAMENTO CIRÚRGICO; ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 01/03/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: THIAGO DUTRA VILAR

CRM do médico: 52.95276-1

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

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

PRESTADOR

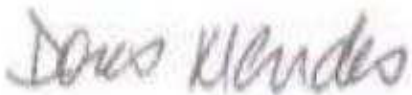
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160585686 **Cidade:** Mucajaí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADENILTON MARIANO DA SILVA **Data do acidente:** 10/04/2016 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO E ROTAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DE TORNOZELO ESQUERDO; EDEMA RESIDUAL; TRATAMENTO CIRÚRGICO; ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 01/03/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: THIAGO DUTRA VILAR

CRM do médico: 52.95276-1

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

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

PRESTADOR

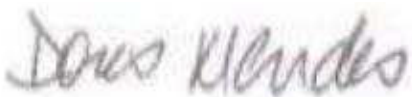
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PACIENTE		CNS		DATA NASCIMENTO		IDADE		DOCUMENTO	
ADENILTON MARIANO DA SILVA				20/05/1998		17a		Ignora	
TELEFONE	SEXO	NATURALIDADE		1 ☐ SOLTEIRO		2 ☐ CASADO		3 ☐ VIÚVO	
91471825	1 ☒ MASC.	BOA VISTA		4 ☒ OUTROS					
PAI		MÃE		Documentação Médico Hospitalar					
		ANTONIA SUELI DA SILVA MARIANO							
ENDEREÇO		BAIRRO		CIDADE					
AV DEUSDESTE MEDRADA, 138		SAGRADA FAMÍLIA		MUCAJAI					
EMERGÊNCIA I		2 ☐ ZECATRIA		3 ☐ TRAUMATOLOGIA		12 ☐ OUTROS			
1 ☐ ADULTO									
MOTIVO DO ATENDIMENTO						DATA DO ATENDIMENTO		HORA	
						10/04/2016		18:47	
SADI - EXAMES COMPLEMENTARES									
1 ☐ RAIO X	2 ☐ ULTRASSOM	3 ☐ TUMOR. COMP.	4 ☐ SANGUE	5 ☐ URINA	6 ☐ FECE	7 ☐ OUTROS			

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Painel vibrar de acidente em moto
na esquerda, com a do. Condição

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

DATA / HORA / CONSULTAS ESPECIALIZADAS E PROCEDIMENTOS

Intal anaco do e Quaterno par et al

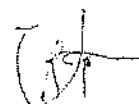
a e (ABC da) GCS = 13

CÓDIGO ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO DATA HORA

anaco do a Fratura de m e

Pd = En caso de em unção de TRAUMA (16/2)

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO DATA HORA

PRESCRIÇÃO	REFERENCIAL
O Dreno 18.6 +  Traca 18.6.	PA = 1 DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NAO VERIFICADO 22 SET 2016 Gente Seguradora S.A. Av. Capitão João Bezerra, 484 Sala 4 Boa Vista - RR - CEP 69301-410 <i>Edineiza Almeida da Silva</i> ENFERMEIRA CONCRETO 376-25

OBSERVAÇÃO: (ATÉ 24 h) ☐

DATA ENOBRA DA ALTA: | | |

PARASITO

DATA E KORTA OG ÖMÅT:

ANTES DO 1º SOCORRO ☐ SIM ☐ NÃO

TONIA PATOLÓGICA

DESTINO DO CORPO 1 ☐ ENTREGUE A FAMILIA 2 ☐ IEL 3 ☐ ANATOMIA PATOLOGICA

ASS CARINHO MEDICO DESPENSAVEL

Guia 16008587 registrada por MOTA

CONFERE COM ORIGINAL

84.013.440/0001-73
Hospital Est. Ver. José Guedes Catão
Rua Marlene Araújo S/N
CEP 69 340-000
Mucajal - RR

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



Visto por:
[Assinatura]
HGR
[Assinatura]

1600573530 10/04/2016 20:01:17 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19-07 30

Paciente: ADENILTON MARIANO DA SILVA Data Nascimento: 20/05/1998 Idade: 17 A 10 M 21 D CNS: 898004001460221 CPF: 00076433
Tipo Doc: IDENTITY 4956788 Documento: SSP RR Data Emissão: M Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO(A) Parda Raça/Cor: BOA VISTA - RR Naturalidade: Contato: (95) 99172-1993 Ocupação:
Mãe: ANTONIA SUELI DA SILVA MARIANO
Endereço: AVENIDA - DEUSDETE MEDRADA - 138 - CENTRO - MUCAJAI - RR

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE Plano Convênio: N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal:
Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão:
Setor: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: SAMU REGIONAL Procedimento Sol.: Registrado por: JOANA

Queixa Principal: Dor no Abdômen ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: GSC TOTAL: AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h):
[Assinatura] vítima acidente de moto c/ fraturas de

Exame Físico: [Assinatura] Dec, lobe, n.p.a., tórax

Hipótese Diagnóstica: [Assinatura] Trauma Abdo ☒ Jean E. Gadelha Mat. 40001351

SADT - Exames Complementares: ☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG SAME/HGB OUTROS:

PRESCRIÇÃO: [Assinatura] [Assinatura] [Assinatura]
APRAZAMENTO: OBSERVAÇÃO:
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Nova Planalto - Tel (95) 1122-0020
AUTENTICACAO
12 MAIO 2016
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

Conduta: ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☐ Transferência para: [Assinatura]
☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: / /

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

Assinatura do Paciente ou Responsável: Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: Joana
Data Hora: 10/04/2016 20:04:22



1600573530

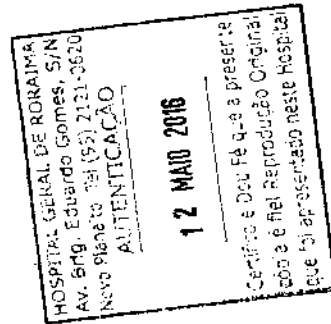
11-00

Funda da Trauma (C) em Abertura de
Pinos + Lentes de Pnt CD RHDW + Intenent
CP: Intenent

Vitor Paracat Santiago
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RR 1635

NO EC

Vitor Paracat Santiago
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RR 1635



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 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - PRINCIPAL

22 - Cód. 13 SECUNDÁRIO

23 - Cód. 14 CAUSAS ASSOCIADAS

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

22 SET 2016

Gente Seguradora S.A.

Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4

Bom Vista - RR - CEP 69301-410

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N

Novo Planalto - Tel (95) 2121-0620

AUTENTICAÇÃO

12 MAR 2016

Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentado neste Hospital

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - CLÍNICA

25 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

26 - DOCUMENTO

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

28 - Nº DO PROCEDIMENTO

29 - Nº DO PROCEDIMENTO

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO 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 TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO 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 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Urticária de 12 dias de duração
Tumores

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

22 SET 2016

Gente Seguradora S.A.

Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4
Bon Vista - RR - CEP 69301-410HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, 57/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-3620
AUTENTICAÇÃO

12 MAIO 2016

Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado nesta Hospitz

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Leishmaniose cutânea

PROCEDIMENTO SOLICITADO

21 - 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)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - BILHETE

39 - SÉRIE

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

37 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: Ademilton Moura da Silva

LEITO: 2006

DIAGNÓSTICO: _____

DATA: 13/04/16

TEM	DESCRIÇÃO	HORARIO																													
1	Dieta oral livre <i>3x3 KPA</i>	SND																													
2	SF 0,9% 1000 ml (24h)	18-24																													
3	Cefalotina 1g 1amp + AD (EV) 6/6h <i>SUSA</i>	(12) (18) (24) (06)																													
4	Tenoxicam 20mg - 1amp EV 12/12h ou VO 20mh de 12/12h	18-22																													
5	Omeprazol 40 mg - 1amp EV pela manhã	06																													
6	Metoclopramida 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N																													
7	Dipirona 500mg /ml - 2ml EV 6/6h	12-18-24-06																													
8	Tramadol 100 mg (VO) ou + SF 0,9% 100 ml EV 8/8h <i>S</i>	14-22-06																													
9	Captopril 25 mg VO se PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 100 mmHg	SN																													
10	Glicemia capilar () Corrigir conforme esquema abaixo:	S/N																													
<table><tr><th>GLICEMIA</th><th>INSULINA REGULAR</th></tr><tr><td>200-250</td><td>2 UI SC</td></tr><tr><td>251-300</td><td>4 UI SC</td></tr><tr><td>301-350</td><td>6 UI SC</td></tr><tr><td>351-400</td><td>8 UI SC</td></tr><tr><td>> 400</td><td>10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr><tr><td>< 70</td><td>GLICOSE 50% 40 ML EV+ AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr></table>		GLICEMIA	INSULINA REGULAR	200-250	2 UI SC	251-300	4 UI SC	301-350	6 UI SC	351-400	8 UI SC	> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA	< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV+ AVISAR AO PLANTONISTA	<table><tr><th></th><th>GLICEMIA</th><th>I.R.</th></tr><tr><td>12:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>18:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>24:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>06:00</td><td></td><td></td></tr></table>		GLICEMIA	I.R.	12:00			18:00			24:00			06:00		
GLICEMIA	INSULINA REGULAR																														
200-250	2 UI SC																														
251-300	4 UI SC																														
301-350	6 UI SC																														
351-400	8 UI SC																														
> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA																														
< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV+ AVISAR AO PLANTONISTA																														
	GLICEMIA	I.R.																													
12:00																															
18:00																															
24:00																															
06:00																															
11	Curativo diário 1x ao dia																														
12	Sinais vitais + Cuidados gerais 6/6 h																														
13	<i>Cefazolin 1g EV 8/8h</i>																														
14																															
15																															
16																															

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2521-0620

AUTENTICAÇÃO

12 MAIO 2016

ROTINA

Certifico que de fato a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0623
AUTENTICAÇÃO

12 MAIO 2016

FOTINA
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

Evolução Médica:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

22 SET 2016

Gente Seguradora S.A.

Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

Dr. *Dr. Di Giovanni*
Ortopedia
CRM 1615

SINAIS VITAIS

	P.A. (mmHg)	P. (b.p.m.)	R. (r.p.m.)	T (°C)
12:00	130 x 70 mmHg	75	—	36.8
18:00	111 x 86	85	19	35.1
24:00	134 x 86	—	—	36.0
06:00	142 x 92	64	—	36.0

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: Adenilton Marques da Silva

LEITO: 220-6

DIAGNÓSTICO: _____

DATA: 13/04/16

ITEM	DESCRIÇÃO	HORARIO																													
1	Dieta oral livre <i>após RPA</i>	SND																													
2	SF 0,9% 1000 ml (24h)	12 - 24																													
3	Cefalotina 1g 1amp + AD (EV) 6/6h <i>SUSP.</i>	12 - 18 - 24 - 06																													
4	Tenoxicam 20mg - 1amp EV 12/12h ou VO 20mh de 12/12h	10 - 22																													
5	Omeprazol 40 mg - 1amp EV pela manhã	06																													
6	Metoclopramida 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N																													
7	Dipirona 500mg /ml - 2ml EV 6/6h	12 - 18 - 24 - 06																													
8	Tramadol 100 mg (VO) ou + SF 0,9% 100 ml EV 8/8h <i>Sr</i>	14 - 22 - 06																													
9	Captopril 25 mg VO se PAS $\geq$ 160 e/ou PAD $\geq$ 100 mmHg	SN																													
10	Glicemia capilar (). Corrigir conforme esquema abaixo: <table><tr><th>GLICEMIA -</th><th>INSULINA REGULAR</th></tr><tr><td>200-250</td><td>2 UI SC</td></tr><tr><td>251-300</td><td>4 UI SC</td></tr><tr><td>301-350</td><td>6 UI SC</td></tr><tr><td>351-400</td><td>8 UI SC</td></tr><tr><td>> 400</td><td>10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr><tr><td>< 70</td><td>GLICOSE 50% 40 ML EV+ AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr></table>	GLICEMIA -	INSULINA REGULAR	200-250	2 UI SC	251-300	4 UI SC	301-350	6 UI SC	351-400	8 UI SC	> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA	< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV+ AVISAR AO PLANTONISTA	S/N <table><tr><th></th><th>GLICEMIA</th><th>I.R.</th></tr><tr><td>12:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>18:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>24:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>06:00</td><td></td><td></td></tr></table>		GLICEMIA	I.R.	12:00			18:00			24:00			06:00		
GLICEMIA -	INSULINA REGULAR																														
200-250	2 UI SC																														
251-300	4 UI SC																														
301-350	6 UI SC																														
351-400	8 UI SC																														
> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA																														
< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV+ AVISAR AO PLANTONISTA																														
	GLICEMIA	I.R.																													
12:00																															
18:00																															
24:00																															
06:00																															
11.	Curativo diário 1x ao dia																														
12.	Sinais vitais + Cuidados gerais 6/6 h																														
13.	<i>Clonazepam 1g EV 8/8h</i>																														
14.																															
15.																															
16.																															

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Bríg. Eduardo Gomes, 5/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620

AUTENTICAÇÃO
ROTINA
12 MAIO 2016

Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentada neste Hospital

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, 5/N
Novo Planalto - Tel (95) 2121-0623

AUTENTICAÇÃO

ROTINA
12-MAIO-2016

Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

22 SET 2016

Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP.69301-410

Dr. Roberto de Giovanni
R. Roberto de Giovanni
CRM 10712

Evolução Médica:

SINAIS VITAIS

	P.A. (mmHg)	P. (b.p.m.)	R. (r.p.m.)	T (°C)
12:00				
18:00				
24:00				
06:00				

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: Ademilton H. de Silva LEITO: 270-6

DIAGNÓSTICO: frat. do tornozelo E DATA: 12/04/2016

ITEM	DESCRIÇÃO	HORARIO																													
1	Dieta oral livre	SND																													
2	SF 0,9% 1000 ml (24h)	CRIS 12-24																													
3	Cefalotina 1g 1amp + AD (EV) 6/6h	CRIS 12-18-24-06																													
4	Tenoxicam 20mg - 1amp EV 12/12h ou VO 20mh de 12/12h	CRIS 10-22																													
5	Omeprazol 40 mg - 1amp EV pela manhã	06																													
6	Metoclopramida 10 mg EV 8/8h (S/N)	CRIS S/N																													
7	Dipirona 500mg /ml - 2ml EV 6/6h	12-18-24-06																													
8	Tramadol 100 mg (VO) ou + SF 0,9% 100 ml EV 8/8h	14-22-06																													
9	Captopril 25 mg VO se PAS $\geq$ 160 e/ou PAD $\geq$ 100 mmHg	SN																													
10	Glicemia capilar (). Corrigir conforme esquema abaixo:	S/N																													
<table><tr><th>GLICEMIA</th><th>INSULINA REGULAR</th></tr><tr><td>200-250</td><td>2 UI SC</td></tr><tr><td>251-300</td><td>4 UI SC</td></tr><tr><td>301-350</td><td>6 UI SC</td></tr><tr><td>351-400</td><td>8 UI SC</td></tr><tr><td>> 400</td><td>10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr><tr><td>< 70</td><td>GLICOSE 50% 40 ML EV+ AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr></table>		GLICEMIA	INSULINA REGULAR	200-250	2 UI SC	251-300	4 UI SC	301-350	6 UI SC	351-400	8 UI SC	> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA	< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV+ AVISAR AO PLANTONISTA	<table><tr><th></th><th>GLICEMIA</th><th>I.R.</th></tr><tr><td>12:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>18:00</td><td>87</td><td></td></tr><tr><td>24:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>06:00</td><td>90</td><td></td></tr></table>		GLICEMIA	I.R.	12:00			18:00	87		24:00			06:00	90	
GLICEMIA	INSULINA REGULAR																														
200-250	2 UI SC																														
251-300	4 UI SC																														
301-350	6 UI SC																														
351-400	8 UI SC																														
> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA																														
< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV+ AVISAR AO PLANTONISTA																														
	GLICEMIA	I.R.																													
12:00																															
18:00	87																														
24:00																															
06:00	90																														
11	Curativo diário 1x ao dia	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N Novo Planalto Tel (95) 2121-0620 AUTENTICAÇÃO																													
12	Sinais vitais + Cuidados gerais 6/6 h	IV																													
13		ROTULAGEM 2016																													
14		Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentado neste Hospital																													
15																															
16																															

Evolução Médica:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

22 SET 2016

Gente Seguradora S.A.

Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

Residente de Ortopedia e
Traumatologia HGR
CRM-RR 1830

SINAIS VITAIS

	P.A. (mmHg)	P. (b.p.m.)	R. (r.p.m.)	T (°C)
12:00	140 x 90	80	-	36,3°C
18:00	140 x 90	80	20	36,7°C
24:00	128 x 79	81	20	36,3°C
06:00	124 x 75	84	20	36,7°C



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT° OU LEITO	N° DO PRONTUÁRIO	DATA
M. Silva		220-6	00076433	13/04/16
CIRURGIA				TEMPO DE DURAÇÃO
TIPO				INÍCIO FIM TEMPO TOT.
OSTEOTOMIA DE TENDÃO DE TENDÃO (E)				09:15 10:55
EQUIPE MÉDICA				
CIRURGIÃO		ANESTESISTA		
P. ALBUZ		P. ALBUZ		
1° AUXILIAR		INSTRUMENTADOR		
D. M. de Oliveira				
2° AUXILIAR		CIRCULANTE		
		Silva		
TIPO DE ANESTESIA		TEMPO DE DURAÇÃO		
Fogão				
Q. INT.	MATERIAIS	VALOR	QUANTID.	MEDICAMENTOS
	CATGUT SIMPLES N°			HORAS DE OXIGÊNIO
	CATGUT SIMPLES N°			FRASCOS - SORO FISIOLÓGICO %cc
	CATGUT SIMPLES N°			FRASCO SORO
	CATGUT CROMADO N°			FRASCO SORO GLICOSADO %cc
	CATGUT CROMADO N°			FRASCO SORO GLICOSA %cc
	CATGUT ATRAUMÁTICO RETO			XILOCAÍNA %cc
	CATGUT ATRAUMÁTICO CURVO			FLAXEDIL
	FIOS DE SEDA N°			ELUCITHANE
	FIOS DE ALGODÃO N°			PENTRANE
	MONONYLON COM AGULHA			ENTRANE
	MONONYLON SEM AGULHA			ÉTER
	UNIDADES DE GAZE			ATROPINA
	PARES DE LUVAS N°			PROSTGMINE
	EQUIPOS PARA SORO			THIONEMBUTA
	ROLOS DE ESPARADRAPO			MARCAÍNA
	DRENOS N°			INOVAL
	SONDAS N°			GLICOSE %
	AGULHAS			ÁGUA OXIGENADA
	COMPRESSAS			MERTHIOLATE
	LÂMINAS PARA BISTURI			MERCÚRIO CROMO
SOMA		SOMA		
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C. C. DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
		SUB-TOTAL		
FUNCIONÁRIO / CALCULOS	FUNCIONÁRIO / C. C. DO PACIENTE FEITO O LANÇAMENTO	TAXA DE SALA TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
ENVIAR ESTE FORMULÁRIO À CONTABILIDADE				

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, 5/N
Novo Planalto - Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
12 MAIO 2016
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hosp'to

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
22 SET 2016
Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 1
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

CONFIDENTIAL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Adenilton Mariano da Silva
Cirurgião Responsável Dr. Adenilton

ENTRADA (Sala Pré-Anestésica)

☒ PACIENTE CONFIRMOU

- ☒ Identidade
- ☒ Sítio Cirúrgico
- ☒ Procedimento
- ☒ Consentimento

☒ RISCO CIRÚRGICO

- ☒ Aplica
- ☐ Não se Aplica

☒ SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☒ Não ☐ Sim

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

Adenilton
Assinatura e Carimbo
Data 13/04/16 Hora: 14:40

ANTES DA INCISÃO

Anestesista Dr. Ama Riquia

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

☐ CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO

☐ 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.

☐ Sim ☐ Não se aplica

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:

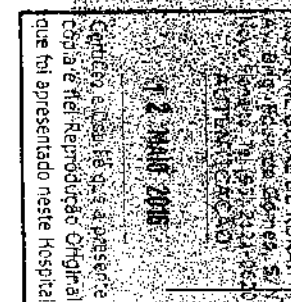
☐ O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

☐ SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM)

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

☐ SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

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



Assinatura e Carimbo



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopédia

Tipo Cirurgia:

OSTEO DE FORT DE ESPERANÇA (B)

Data: 13/04/16

Nº. DO PRONTUÁRIO: _____

Paciente: ARMANDO MARIANO DA SILVA

Bloco: B Enfermaria 210 Leito: 06

Caixa: Papelaria

Circulante: Bateria

Sala

Conferência-Expurgo CME: _____

Material Utilizado:

Placa sup. Enxada de 8 furos

Parafusos laterais 3.5 121 1919

16.0

Parafusos laterais

Parafusos laterais 4.5 601

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0520
AUTENTICAÇÃO

12 MAIO 2016

Certifico e Dou Fê que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospte

Médico Responsável

1º Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2º Via - CME

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

22 SET 2016

Gente Seguradora S.A.

Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4
Bon Vista - RR - CEP 69301-410

Dr. Rodrigo A. Melo
Residente de Ortopedia
e Traumatologia
CRM-RR 1826



BOLETIM OPERÁRIO

Adenilton Marcos do Rê

Data: 13, 04, 16 O.S. 5

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

22 SET 2016

Gente Seguradora S.A.

Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4
Boa Vista, RR - CEP 69301-410

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura luxação de tornozelo (L)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: osteossíntese de Fratura luxação de tornozelo (L)

TIPO DE INTERVENÇÃO: fratura aberta ungueal

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: F

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: PS ungueal

CIRURGIÃO: Dr. plinto 1º AUXILIAR: Dr. Fernaldo

2º AUXILIAR: Dr. Pedro INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR: ANESTESIA:

ANESTESISTAS: ANESTÉSICO:

INÍCIO: FIM: DURAÇÃO: 12 MAIO 2016

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto - RR (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Certifico e Dou Fê que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

- 01/ Paciente em DPVAT sob acompanhamento.
- 02/ Anestesia + antiespasmódico + compressas.
- 03/ Incisão lateral (L) + dissecção até o foco da fratura + fixação de placa DCP 8 furos com 7 parafusos corticais + 1 parafuso transiosteal.
- 04/ Incisão medial na altura do malleolo medial (L) + fixação com 2 fios de malleolo medial (L).
- 05/ Avaliação de suturização de pele.
- 06/ Recolha hemostática.
- 07/ Curativo.
- 08/ RPA.

Dr. Alberto Ferreira de Souza
Médico Cirurgião Traumatologista
CRM-RR 1817
Título Especialista 12003

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

SUS Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

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 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente apresentando fratura luxação de tornozelo

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 SET 2016

Gente Seguradora S.A.

Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Nova Planalto - Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

12 MAIO 2016

Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

fratura com deslocamento

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

ex - físico + RX.

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura luxação de tornozelo (G)

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

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

ortopedica de Fratura luxação de tornozelo (G)

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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)

CRM/RR 1617
Título Especialista 12003

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJECTO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

**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 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Acidente de trânsito - fratura de fêmur do membro inferior direito.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

22 SET 2016

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Eng. Eduardo Gomes, S/N
Nova Planalto - Tel (95) 2121-0620

AUTENTICAÇÃO

12 MAIO 2016

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4
Bon Viçosa - RR - CEP 69301-410Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRIMÁRIO 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: Adelino Mariano de L. da Silva LEITO: 220-6

DIAGNÓSTICO: Fratura luxação de TUB (E) DATA: 13 / 04 / 16

ITEM	DESCRIÇÃO	HORARIO																													
1	Dieta oral livre	SND																													
2	SF 0,9% 1000 ml (24h)	12 - 24																													
3	Cefalotina 1g 1amp + AD (EV) 6/6h	12 - 18 - 24 - 06																													
4	Tenoxicam 20mg - 1amp EV 12/12h ou VO 20mh de 12/12h	10 - 22																													
5	Omeprazol 40 mg - 1amp EV pela manhã	06																													
6	Metoclopramida 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N																													
7	Dipirona 500mg /ml - 2ml EV 6/6h <i>A/V</i>	12 - 18 - 24 - 06																													
8	Tramadol 100 mg (VO) ou + SF 0,9% 100 ml EV 8/8h <i>A/V</i>	14 - 22 - 06																													
9	Captopril 25 mg VO se PAS $\geq$ 160 e/ou PAD $\geq$ 100 mmHg	S/N																													
10	Glicemia capilar (). Corrigir conforme esquema abaixo:	S/N																													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>GLICEMIA</th> <th>INSULINA REGULAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>200-250</td> <td>2 UI SC</td> </tr> <tr> <td>251-300</td> <td>4 UI SC</td> </tr> <tr> <td>301-350</td> <td>6 UI SC</td> </tr> <tr> <td>351-400</td> <td>8 UI SC</td> </tr> <tr> <td>> 400</td> <td>10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA</td> </tr> <tr> <td>< 70</td> <td>GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR AO PLANTONISTA</td> </tr> </tbody> </table>	GLICEMIA	INSULINA REGULAR	200-250	2 UI SC	251-300	4 UI SC	301-350	6 UI SC	351-400	8 UI SC	> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA	< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR AO PLANTONISTA	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>GLICEMIA</th> <th>I.R.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12:00</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18:00</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>24:00</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>06:00</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		GLICEMIA	I.R.	12:00			18:00			24:00			06:00		
GLICEMIA	INSULINA REGULAR																														
200-250	2 UI SC																														
251-300	4 UI SC																														
301-350	6 UI SC																														
351-400	8 UI SC																														
> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA																														
< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR AO PLANTONISTA																														
	GLICEMIA	I.R.																													
12:00																															
18:00																															
24:00																															
06:00																															
11	Curativo diário 1x ao dia																														
12	Sinais vitais + Cuidados gerais 6/6 h																														
13	<i>Cefalotina 1g (6h) de 8/12h</i>																														
14																															
15																															
16																															

12 MAIO 2016

Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel reprodução Original que foi apresentada neste Hospital.

ROTINA

Evolução Médica:

Dr. Rodrigo A. Melo
Residente de Ortopedia
e Traumatologia
CRM-RR 1826

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

22 SET 2016

Gente Seguradora S.A.

Av. Capitão João Bezerra, 484 Sala 4
Bon Vista - RR - CEP 69301-410

SINAIS VITAIS

	P.A. (mmHg)	P. (b.p.m.)	R. (r.p.m.)	T (°C)
12:00				
18:00				
24:00				
06:00				

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: Adilson Mariano de Lima - LEITO: 720-6

DIAGNÓSTICO: Fração luxação de T12 (C) DATA: 13-04-16

ITEM	DESCRIÇÃO	HORARIO																													
1	Dieta oral livre	SND																													
2	SF 0,9% 1000 ml (24h)	12 - 24																													
3	Cefalotina 1g 1amp + AD (EV) 6/6h	12 - 18 - 24 - 06																													
4	Tenoxicam 20mg - 1amp EV 12/12h ou VO 20mh de 12/12h	10 - 22																													
5	Omeprazol 40 mg - 1amp EV pela manhã	06																													
6	Metoclopramida 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N																													
7	Dipirona 500mg /ml - 2ml EV 6/6h	12 - 18 - 24 - 06																													
8	Tramadol 100 mg (VO) ou + SF 0,9% 100 ml EV 8/8h	14 - 22 - 06																													
9	Captopril 25 mg VO se PAS $\geq$ 160 e/ou PAD $\geq$ 100 mmHg	SN																													
10.	Glicemia capilar (). Corrigir conforme esquema abaixo:	S/N																													
<table><tr><th>GLICEMIA</th><th>INSULINA REGULAR</th></tr><tr><td>200-250</td><td>2 UI SC</td></tr><tr><td>251-300</td><td>4 UI SC</td></tr><tr><td>301-350</td><td>6 UI SC</td></tr><tr><td>351-400</td><td>8 UI SC</td></tr><tr><td>> 400</td><td>10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr><tr><td>< 70</td><td>GLICOSE 50% 40 ML EV+ AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr></table>		GLICEMIA	INSULINA REGULAR	200-250	2 UI SC	251-300	4 UI SC	301-350	6 UI SC	351-400	8 UI SC	> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA	< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV+ AVISAR AO PLANTONISTA	<table><tr><th></th><th>GLICEMIA</th><th>I.R.</th></tr><tr><td>12:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>18:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>24:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>06:00</td><td></td><td></td></tr></table>		GLICEMIA	I.R.	12:00			18:00			24:00			06:00		
GLICEMIA	INSULINA REGULAR																														
200-250	2 UI SC																														
251-300	4 UI SC																														
301-350	6 UI SC																														
351-400	8 UI SC																														
> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA																														
< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV+ AVISAR AO PLANTONISTA																														
	GLICEMIA	I.R.																													
12:00																															
18:00																															
24:00																															
06:00																															
11.	Curativo diário 1x ao dia																														
12.	Sinais vitais + Cuidados gerais 6/6 h																														
13.																															
14.																															
15.																															
16.																															

Evolução Médica:

Dr. Rodrigo A. Melo
Residente de Ortopedia
e Traumatologia
CRM-RR 1826

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
22 SET 2016
Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

SINAIS VITAIS

	P.A. (mmHg)	P. (b.p.m.)	R. (r.p.m.)	T (°C)
12:00				
18:00				
24:00				
06:00				



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

PRÉ-MEDICAÇÃO • DROGA • DOSE • HORA • EFEITO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

22 SET 2016

FICHA DE ANESTESIA

Cente Seguradora S.A.

Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

		15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30
AGENTES	N 20														
	02														
LIQUIDOS VENOSOS															
DA	°C	240													
X		38	220												
ULBO		36	200												
•		34	180												
UNES		32	160												
X		30	140												
OP			120												
O			100												
TEMP			80												
			60												
ASPIR			40												
A			20												
RESP															
O															
	Expon														
	Assist														
	Contro														
SÍMBOLOS															

AGENTES		DOSES	TECNICA
A			
B			
C			
D			
E			
F			
G			
GLICOSE	LIQUIDOS		Cânula - Naso / Oro Faringea
NDOD			Naso / Orotraqueal - Cega
SANGUE			Bal - Tamp - Calibre do Tubo
			Sob Máscara
			Dificuldade Técnica
			TEMPO DE ANESTESIA
TOTAL			
OPERAÇÃO			
ANESTESISTA	CÓDIGO	CIRURGIÃO	

ANOTAÇÕES	
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Eduardo Gomes, S/N Novo Planalto Tel (95) 2121-2671	
AUTENTICAÇÃO	
12 MAIO 2016	
Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentado neste Hospital	
Lanango - Espasmo - Excesso Secre.	Hemorragia - Arritmia
Depressão Respiratório - Hipoxia	Bradi Taquicardia - Choque
"Bucking" - Vômito	
PERDA SANGÜINEA	



Governo do Estado de Roraima
Secretaria de Saúde
Hospital Geral de Roraima
Laboratório de Análises Clínicas
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



Resultado de Exames

Paciente: ADENILTON MARIANO DA SILVA

Sexo: M Nasc: 20/05/1998 Idade: 17A

Requisição: 20024225

Setor: BLOCO B

Coleta: 12/04/2016 07:52:04

Origem: HGR

Leito: Funcionario (a)

Emissão: 12/04/2016 11:02:17

Hemograma com contagem de plaquetas

Material: Sangue Total

Método: Automatizado Mindray BC-5380

Leucograma

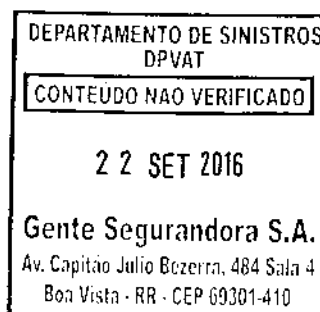
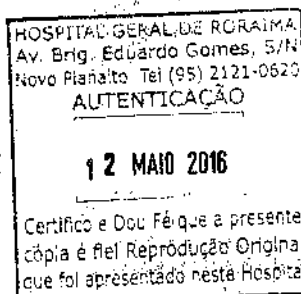
			Referência
LEUCOCITOS	11.77	$\times 10^3/\mu\text{L}$	4.00 - 10.00
NEUTROFILOS	75.20	%	50.0 - 70.0
LINFOCITOS	15.50	%	20.0 - 40.0
MONOCITOS	7.60	%	3.0 - 12.0
EOSINOFILOS	1.40	%	0.5 - 5.0
BASOFILOS	0.30	%	0.0 - 1.0

Eritrograma

			Referência
ERITROCITOS	4.90	$\times 10^6/\mu\text{L}$	3.50 - 5.50
HEMOGLOBINA	12.80	g/dL	11.0 - 16.0
HEMATOCRITO	41.30	%	37.0 - 54.0
VCM	84.30	ug/mL	80.0 - 100.0
HCM	26.10	pg	27.0 - 34.0
CHCM	31.00	g/dL	32.0 - 36.0
RDW CV	12.40	%	11.0 - 16.0
RDW SD	49.30	fL	35.0 - 56.0

Plaquetograma

			Referência
PLAQUETAS	200.00	$\times 10^3/\mu\text{L}$	150 - 450
VPM	10.80	fL	6.5 - 12.0
ADP	15.90		9.0 - 17.0
PCT	0.216	%	1.08 - 2.82



Denise Calheiros Pena
Farmacêutica Bioquímica
CRF-RR 089



Governo do Estado de Roraima
Secretaria de Saúde
Hospital Geral de Roraima
Laboratório de Análises Clínicas
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



Resultado de Exames

Paciente: ADENILTON MARIANO DA SILVA

Requisição: 20024225

Origem: HGR

Setor: BLOCO B

Leito: Funcionario (a)

Sexo: M Nasc: 20/05/1998 Idade: 17A

Coleta: 12/04/2016 07:52:04

Emissão: 12/04/2016 11:02:17

Exames

Material: Soro

Método: Automatizado Mindray BS-380

CREATININA
UREIA

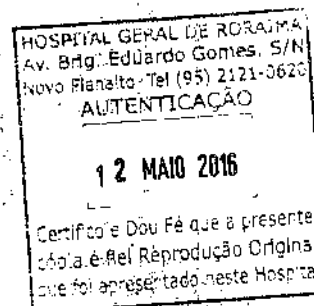
0.82
25.79

mg/dL
mg/dL

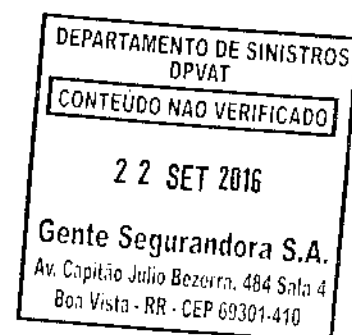
Referência

0.4 - 1.4

15.0 - 45.0



Reinaldo E. Costa
Farmacêutico Bioquímico
CRF-RR 122



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: Ademilton M. do Silva LEITO: 220-6
 DIAGNÓSTICO: Frac. de tornozelo E DATA: 11/04/2016

ITEM	DESCRIÇÃO	HORARIO																													
1	Dieta oral livre	SND																													
2	SF 0,9% 1000 ml (24h)	12-24																													
3	Cefalotina 1g 1amp + AD (EV) 6/6h	12-18-24-06																													
4	Tenoxicam 20mg - 1amp EV 12/12h ou VO 20mh de 12/12h	10-22																													
5	Omeprazol 40 mg - 1amp EV pela manhã	06																													
6	Metoclopramida 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N																													
7	Dipirona 500mg /ml - 2ml EV 6/6h	12-18-24-06																													
8	Tramadol 100 mg (VO) ou + SF 0,9% 100 ml EV 8/8h	12-22-06																													
9	Captopril 25 mg VO se PAS $\geq$ 160 e/ou PAD $\geq$ 100 mmHg	SN																													
10	Glicemia capilar (). Corrigir conforme esquema abaixo:	S/N																													
<table><tr><th>GLICEMIA</th><th>INSULINA REGULAR</th></tr><tr><td>200-250</td><td>2 UI SC</td></tr><tr><td>251-300</td><td>4 UI SC</td></tr><tr><td>301-350</td><td>6 UI SC</td></tr><tr><td>351-400</td><td>8 UI SC</td></tr><tr><td>> 400</td><td>10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr><tr><td>< 70</td><td>GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr></table>		GLICEMIA	INSULINA REGULAR	200-250	2 UI SC	251-300	4 UI SC	301-350	6 UI SC	351-400	8 UI SC	> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA	< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR AO PLANTONISTA	<table><tr><th></th><th>GLICEMIA</th><th>I.R.</th></tr><tr><td>12:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>18:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>24:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>06:00</td><td></td><td></td></tr></table>		GLICEMIA	I.R.	12:00			18:00			24:00			06:00		
GLICEMIA	INSULINA REGULAR																														
200-250	2 UI SC																														
251-300	4 UI SC																														
301-350	6 UI SC																														
351-400	8 UI SC																														
> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA																														
< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR AO PLANTONISTA																														
	GLICEMIA	I.R.																													
12:00																															
18:00																															
24:00																															
06:00																															
11.	Curativo diário 1x ao dia																														
12.	Sinais vitais + Cuidados gerais 6/6 h																														
13.																															
14.																															
15.																															
16.																															

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Aeroporto Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

M
ROTINA

Cartão e Dou Fe que a presente
cópia é uma Reprodução Original
que foi apresentado de SINTROS.
DPOAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

Evolução Médica:

Permanente em observação cirúrgica

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
 Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
 Itapoá - Plaquêto Tel (95) 2121-0620
 AUTENTICAÇÃO

M
 12-04-2016
 ROTINA

Cartão e Dou Fé que a presente
 cópia é uma Reprodução Original
 que foi apresentada ao

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

22 SET 2016

Gente Seguradora S.A.
 Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4
 Boa Vista - RR - CEP 69301-410

Dr. Wilber P. da Silva
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia HGR
 CRM-RR 1830

SINAIS VITAIS

	P.A. (mmHg)	P. (b.p.m.)	R. (r.p.m.)	T (°C)
10:00	160 x 80	78 bpm	17	36.7
18:00	130 x 90	68	20	36.5°C
24:00	120 x 70	72		
06:00	150 x 100	64		

Realizado Coleta de Exames
 Laboratoriais de Rotina

Em: 12/04/16
 Hora: 04:30
 Ass: Paulo Roberto

220-6

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: Apelício M. S.

LEITO:

DIAGNÓSTICO:

DATA: 10/04/16

ITEM	DESCRIÇÃO	HORARIO																													
1	Dieta oral livre	SND																													
2	SF 0,9% 1000 ml (24h)	12-24																													
3	Cefalotina 1g 1amp + AD (EV) 6/6h	12-24-06-12-18																													
4	Tenoxicam 20mg - 1amp EV 12/12h ou VO 20mh de 12/12h	12-24-06-12-18																													
5	Omeprazol 40 mg - 1amp EV pela manhã	06																													
6	Metoclopramida 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N																													
7	Dipirona 500mg /ml - 2ml EV 6/6h	12-24-06																													
8	Tramadol 100 mg (VO) ou + SF 0,9% 100 ml EV 8/8h	S/N																													
9	Captopril 25 mg VO se PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 100 mmHg	S/N																													
10	Glicemia capilar (). Corrigir conforme esquema abaixo:	S/N																													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>GLICEMIA</th><th>INSULINA REGULAR</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>200-250</td><td>2 UI SC</td></tr> <tr> <td>251-300</td><td>4 UI SC</td></tr> <tr> <td>301-350</td><td>6 UI SC</td></tr> <tr> <td>351-400</td><td>8 UI SC</td></tr> <tr> <td>>400</td><td>10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr> <tr> <td><70</td><td>GLICOSE 50% 40 ML EV+ AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr> </tbody> </table>	GLICEMIA	INSULINA REGULAR	200-250	2 UI SC	251-300	4 UI SC	301-350	6 UI SC	351-400	8 UI SC	>400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA	<70	GLICOSE 50% 40 ML EV+ AVISAR AO PLANTONISTA	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>GLICEMIA</th><th>I.R.</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12:00</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>18:00</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>24:00</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>06:00</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		GLICEMIA	I.R.	12:00			18:00			24:00			06:00		
GLICEMIA	INSULINA REGULAR																														
200-250	2 UI SC																														
251-300	4 UI SC																														
301-350	6 UI SC																														
351-400	8 UI SC																														
>400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA																														
<70	GLICOSE 50% 40 ML EV+ AVISAR AO PLANTONISTA																														
	GLICEMIA	I.R.																													
12:00																															
18:00																															
24:00																															
06:00																															
11	Curativo diário 1x ao dia	12 MAIO 2016																													
12	Sinais vitais + Cuidados gerais 6/6 h	ROTINA																													
13																															
14																															
15																															
16																															

Vitor Paracat Santiago
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RR 1635

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto - Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
12 MAIO 2016
M
ROTINA é que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

Vitor Paracat Santiago
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RR 1635

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

2-2 SET 2016

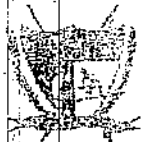
Gente Seguradora S.A

Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

SINAIS VITAIS

	P.A. (mmHg)	P. (b.p.m.)	R. (r.p.m.)	T (°C)
12:00				
18:00				
24:00	120 x 70	80		36,8
06:00	120 x 70	87		36,7

Terezinha Roraima Nogueira
TÉCNICA DE ENFERMAGEM
COREN 387.466



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	APT° OU LEITO	N° DO PRONTUÁRIO	DATA
RODRIGO DE ALMEIDA			10/05/16

CIRURGIA		
TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO	
ABDOMINAL - HERNIOTOMIA	INÍCIO	FIM
	12:15	13:45

EQUIPE MÉDICA	
CIRURGIÃO	ANESTESISTA
Vitor Gomes	Frederico R. F. Silva
1° AUXILIAR	INSTRUMENTADOR
2° AUXILIAR	CIRCULANTE
	Ana, Fabio, Eraldo, Amanda

TIPO DE ANESTESIA	TEMPO DE DURAÇÃO				
RAQUIDIANAL					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANTID.	MEDICAMENTOS	VALOR
	CATGUT SIMPLES N°			1 HORAS DE OXIGÊNIO 2l/min	
	CATGUT SIMPLES N°		13	FRASCOS - SORO FISIOLÓGICO %cc	500ml/1000ml
	CATGUT SIMPLES N°			FRASCO SORO	
	CATGUT N°			FRASCO SORO GLICOSADO %cc	
	CATGUT CROMADO N°			FRASCO SORO GLICOSA %cc	
	CATGUT CROMADO N°			XILOCAÍNA	
	CATGUT ATRAUMÁTICO RETO			FLAXEDIL	
	CATGUT ATRAUMÁTICO CURVO			FLUOTHANE	
	FIOS DE SEDA N°			PENTRANE	
	FIOS DE ALGODÃO N°			ENTRANE	
	MONONYLON COM AGULHA			ETER max. el.	
	MONONYLON SEM AGULHA			ATROPINA 1mg/ml	
	UNIDADES DE GAZE			PROSTGMIN	
	PÁRES DE LUVAS N° 7,5/9			THIONEMBUTA	
	EQUIPOS PARA SORO			MARCAÍNA	
	ROLOS DE ESPARADRAPO			INOVAL	
	DRENOS N°			GLICOSE %	
	SONDAS N°			ÁGUA OXIGENADA	
	AGULHAS			MERTHIOILATE	
	COMPRESSAS 4x10cm			MERCÚRIO CROMO	
	LÂMINAS PARA BISTURI			1 colírio Ox. Clorexidina	
	At. de Ra. de 0,6 para R. em			1000 Alcool 70% (m)	
SOMA				SOMA	

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620

12 MAIO 2016

certifico e Dou Fé que a presente
é fiel Reprodução Original
do apresentado neste Hospital

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

22 SET 2016

Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4
Bon Vista - RR - CEP 69301-470

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C. C. DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
		SUB-TOTAL		
FUNCIONÁRIO / CÁLCULOS	FUNCIONÁRIO / C. C. DO PACIENTE FEITO O LANÇAMENTO	TAXA DE SALA TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
ENTRE ESTE FORMULÁRIO À CONTABILIDADE				



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria Estadual de Saúde

Unzué

10/04/16 FICHA DE ANESTESIA

Adenildo Noronho do Silva, 179

PRE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

AGENTES	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
CA	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38
ULSO	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36
ANES	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32
OP	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
TEMP	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120
ASPIR	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
A	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
RESP	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
O	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Export															
Assist															
Contro															
SIMPOLOS															

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Edmundo Gomes, S/N
Macaíba - RR - CEP 69301-410
FONE (68) 224-0521
AUTENTICAÇÃO

12 MAIO 2016

AGENTES	DOSES	TÉCNICA
A. Diprivan 0.5% P	18mg	Raquiunestesia lombar
B. Morfina 60mg		+ retilização espontânea
C. Droperidol 4mg		
D. Fentanyl 40mg		
E. Aprotina 2g		
F.		
G.		
GLICOSE	LÍQUIDOS 1500 ml	Câmara - Naso / Oro Faríngea
NDGD		Naso / Oro Faríngea - Cega
SANGUE		Bol - Temp - Calibre da Tuba
		Sob Máscara
		Dificuldade Técnica
TOTAL	1500 ml	TEMPO DE ANESTESIA
		30 min

ANOTAÇÕES
① Leucob
② Antagonista da ação do Diprivan
③ Comp. parent. do atropil
④ Infiltração de Lidocaína 2% s/ vaso 14mg
⑤ Pneu. lombar L3/L4, imo, m. c. m.
⑥ Gaseol. + SRA

OPERAÇÃO	ANESTESIA	CÓDIGO	QUIRÚRGICO
Redução de luxação de tornozelo (E)	Dr. (ades) / Dr. Fobio (R1)		Dr. Vitor Paracoti

Laringo - Espasmo - Excesso Seco
Depressão Respiratória - Fôno
"Bucking" - Vômito
Hemorragia - Anemia
Bradi Taquicardia - Choque

Eudes Marm... Filho
Médico - Jista
CRM 158.102

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
22 SET 2016
Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome _____
Cirurgião Responsável _____

ENTRADA (Sala Pré-Anestésica)

☐ PACIENTE CONFIRMOU

- ☐ Identidade
- ☐ Sítio Cirúrgico
- ☐ Procedimento
- ☐ Consentimento

☐ RISCO CIRÚRGICO

- ☐ Aplica
- ☐ Não se Aplica

☐ SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA

☐ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA
CONCLUÍDA

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM
FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☒ Não ☐ Sim

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

Eudes Marques P. Filho
Médico Anestesiologista

CRM 690-RR

Assinatura e Carimbo

Data: ____/____/____ Hora: ____:____

ANTES DA INCISÃO

Anestesista **Eudes Marques P. Filho**
Médico Anestesiologista

CAUSA CIRÚRGICA (Sala de Operação)

☐ CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA
EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E
FUNÇÃO

☐ 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
questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer
preocupações.

A PROFILAXIA ANTITROMBÓTICA
REALIZADA NOS ÚLTIMOS 7 DIAS ANTES DA
CIRURGIA
☐ Sim
☐ Não se aplica

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

☐ SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS
CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO
CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM)

☐ COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA
PATOLOGICA ESTÁ IDENTIFICADA (OU NÃO)
O NOME DO PACIENTE

☐ SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM
EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

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

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Sérgio Edson Gomes, S/N
Boa Vista - RR - CEP 69301-410
12 MAIO 2016
AUTENTICAÇÃO

Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-410
22 SET 2016
DEPARTAMENTO DE SIMS TROS
APRATO
NÃO COMPROVADO VERIFICADO

Assinatura e Carimbo

Adenilton M. Araújo
Dr. S. C.

BOLETIM OPERATÓRIO

10/04/16

OS

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura e luxação de tornozelo (C)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Alívio da dor e limitação

TIPO DE INTERVENÇÃO: Menor cirurgia

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: 0

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: fratura e luxação de tornozelo (C)

CIRURGIÃO: Dr. Vitor Paracat

1º AUXILIAR: Dr. Brito

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS: Dr. Carlos

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

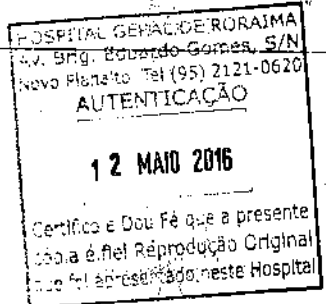
FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Prática em sala de aula para o aluno
- 2) Análise e discussão
- 3) Fratura e luxação de tornozelo (C)
- 4) Tra. do pé
- 5) Cateterismo
- 6) R.P.

Vitor Paracat Santiago
Ortopedia / Traumatologia
CRM RR 1635



Admission M. Adorno
D. S. C.

EDICION OPERÁRIO

Data: 12/04/16

O.S.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Tumor benigno no Ducto (B)
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Ressecção
TIPO DE INTERVENÇÃO: Ressecção
MEDICAÇÕES E ACIDENTES:
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: Ressecção

QUIRURGIÃO: 2 1º AUXILIAR: 2 2º AUXILIAR: INSTRUMENTADORA:
3º AUXILIAR: ANESTESIA:
ANESTESISTAS: ANESTÉSICO:
INÍCIO: FIM: DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Ressecção de tumor benigno no Ducto

Ressecção de tumor benigno no Ducto

Ressecção de tumor benigno no Ducto

Ressecção de tumor benigno no Ducto

Ressecção de tumor benigno no Ducto

Ressecção de tumor benigno no Ducto

Ressecção de tumor benigno no Ducto

Ressecção de tumor benigno no Ducto

Ressecção de tumor benigno no Ducto

Ressecção de tumor benigno no Ducto

Ressecção de tumor benigno no Ducto

Ressecção de tumor benigno no Ducto

Ressecção de tumor benigno no Ducto

Ressecção de tumor benigno no Ducto

Ressecção de tumor benigno no Ducto

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto - Tel (95) 2121-0620

AUTENTICAÇÃO

12 MAIO 2016

Certifico e Dou Fê que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentada nesta Hospital

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

22 SET 2016

Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

Santiago
Traumatologia
CRM-RR 1635

SUS

Sistema
União de
Saúde
Ministério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

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

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)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - ACIDENTE DE TRABALHO

38 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

APOSENTADO

NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

22 SET 2016

Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4
Bon Vista - RR - CEP 69301-410HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (93) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

12 MAIO 2016

Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentada neste Hospital

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

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 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

12 MAIO 2016

Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
feita nesta hospital

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

22 SET 2016

Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4
Bon Vista - RR - CEP 69203-000

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CLÍNICA

26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

27 - DOCUMENTO

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

29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - ACIDENTE DE TRABALHO

33 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - Nº DO BILHETE

35 - SÉRIE

36 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - CNPJ EMPRESA

38 - CNAE DA EMPRESA

39 - CBOE

40 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

43 - COD. ORGÃO EMISSOR

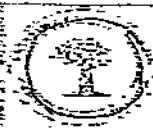
44 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

585

PACIENTE Ademilton Maruano de Silva 17 ANOS.
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 10 / 04 / 2016, COM
DIAGNÓSTICO DE fratura de tornozelo esquerdo

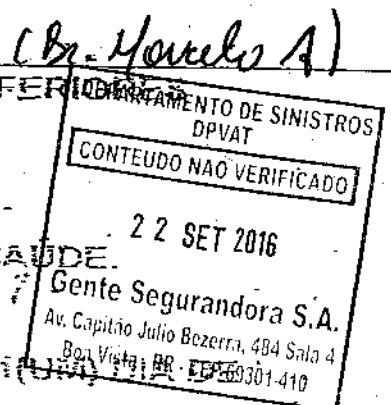
NO DIA 13 / 04 / 2016, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
As fraturas de fratura bimalar de tornozelo SENDO
OPERADO PELO DR. Alberto E DR. Brucelo

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 14 / 04 / 2016 ÀS 13:30, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

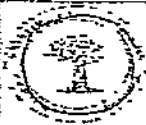
COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
DRONEL MOTA NO DIA 26 / 04 / 2016 ÀS 13 H, COM O
R Alberto F.

ORIENTAÇÕES GERAIS :

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



Dr. Wilber P. S. Soares
Residente de Ortopedia e
Traumatologia HGR
CRM-RR 1830



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

585

PACIENTE Adilson Mariano da Silva 17 ANOS

DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 10, 04, 2016

DIAGNÓSTICO DE fratura de tornozelo esquerdo

NO DIA 12, 04, 2016 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE

da fratura de tornozelo esquerdo

OPERADO PELO DR. Albino F. F. E DR. Guilherme

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 14, 04, 2016 ÀS 13:30

COM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO DIA

26, 04, 2016 ÀS 13:30

PELO DR. Albino F. F.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO DIA

26, 04, 2016 ÀS 13:30

PELO DR. Albino F. F.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO DIA

26, 04, 2016 ÀS 13:30

PELO DR. Albino F. F.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO DIA

26, 04, 2016 ÀS 13:30

PELO DR. Albino F. F.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO DIA

26, 04, 2016 ÀS 13:30

PELO DR. Albino F. F.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO DIA

26, 04, 2016 ÀS 13:30

PELO DR. Albino F. F.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO DIA

26, 04, 2016 ÀS 13:30

PELO DR. Albino F. F.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO COM
12 MAIO 2016
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

22 SET 2016

Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

Dr. Marcelo 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

Dr. Wilber da Silva
Residente de Ortopedia e
Traumatologia HGR
CRM-RR 1830



ESTADO DE RORAIMA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MUCAJÁ
"Amazônia patrimônio dos brasileiros"
Secretaria Municipal de Saúde de Mucajaí



RECEITUÁRIO

NOME: Adenilton Mariano da Silva
18 anos

Paciente acima citada com DC:
Fratura de Tornozelo (E). DCF: Algia
em Tornozelo (E), ADM diminuída para
movimentos de dorsiflexão + inversão
de Tornozelo, o mesmo vem recebendo
o tratamento de fisioterapia, nesta
Unidade de Saúde, desde, 09/08/16
até o presente momento.


Dalvani Sousa Nunes
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 165801

DATA: 22/11/16

ASSINATURA E CARIMBO



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Receituário

NOME: ADEMILTON SILVA

FISSIO TENSÃO

CONSTITUÍDO

UNICONS

FORMAÇÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
09 FEM 2017
Gente Seguradora S.A.
Av. Capitao Julio Bezerra, 484 Sala 4
Bom Vista - RR - CEP 69311-410

20583506

DATA: 08/16

ASSINATURA E CARIMBO

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3160585686 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **ADENILTON MARIANO DA SILVA**
Endereço do(a) Examinado(a): **AV DEUSDETE SOARES MEDRADA nº 138 - CENTRO - MUCAJAI/RR**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 4956788 - SSP**
Data local do exame: **01/03/2017 BOA VISTA/RR**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO E ROTAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DE TORNOZELO ESQUERDO; EDEMA RESIDUAL; TRATAMENTO CIRÚRGICO; ALTA MÉDICA

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo seqüela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*)

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

TORNOZELO ESQUERDO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

NOTA DO REVISOR – MANTIDO ENQUADRAMENTO EM ARTICULAÇÃO DEVIDO A NÃO REPERCUSSÃO NO MEMBRO -

Local e data de realização do exame médico legal:

RR - BOA VISTA, 01/03/2017

Médico Perito: THIAGO DUTRA VILAR CRM:1911/RR

Dr. Thiago Dutra Vilar
Perito Legista - Médico Legal
CRM-RR 1911

Assinatura do perito Examinador - CRM

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



0001

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 1368 **/2016 - Boa Vista-RR, em**
11/05/2016.

COMUNICANTE: ANTONIA SUELÍ DA SILVA MARIANO

RG:154502

O. EXP.: SSP-RR

CPF.: 662.074.362-53

ENDEREÇO: AV. DEUSDETE SOARES MEDRADA

Nº: 138

BAIRRO: CENTRO

CIDADE: MUCAJÁ

SEXO: FEMININO

PROFISSÃO: DO LAR

NATURALIDADE:QUIXERAMOBIM

ESTADO:CE

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

GRAU DE INSTRUÇÃO:

ESTADO CIVIL: UNIÃO ESTÁVEL TELEFONE: (95) 99172-1993 / 99127-5231 Nº REG. CNH: NÃO POSSUI

NOME DO PAI:JOSE ALMEIDA DUARTE MARIANO

NOME DA MÃE:MARIA APARECIDA DA SILVA

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 18:00 do dia 10/04/2016, na AV: Deusdete Soares Medrada, Bairro Centro, Município: Mucajá-RR, aconteceu o seguinte fato:

A comunicante informa que seu Filho o menor ADENILTON MARIANO DA SILVA portador da cédula de identidade RG Nº: 495678-8 e inscrito no CPF Nº: 039.179.412-44 estava pilotando a motocicleta YAMAHA / T115 CRYPTON ED placa: NAO – 1193 CHASSI: 9C6KE1550C0005806 de propriedade da Srª MARIA APARECIDA DA SILVA pela avenida acima citada quando o carro CHEVROLET – S10 DE COR PRATA e PLACA NÃO IDENTIFICA invadiu a preferencial onde o comunicante não tendo como desviar colidiu na lateral esquerda do referido veículo que logo após o fato foi socorrido e levado ao Hospital Jose Guedes Catão por terceiros e logo após transferido ao PSE – HGR pela equipe do SAMU, é o que tem a relatar.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: (Código 14.999) - APOIO SERVIÇOS DIVERSOS.

OBSERVAÇÃO: REGISTRO EXCLUSIVO PARA FINS DE SEGURO DPVAT.

Antônia Sueli da Silva Mariano.

Comunicante

"Declaro para os devidos fins do 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."

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

22 SET 2016

Gente Seguradora S.A.

Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

DE ORDEM DO DELEGADO
RECEBIMENTO E CONFERÊNCIA

18.05.16

DAT

Conferente / Recebedor

DOCUMENTOS ANEXOS

- RG E CPF
- CNH
- CRLV
- PRONTUARIO MEDICO

- ROP/PM OU BAT/PRF
- FICHA DO SAMU OU RESGATE
- COMPROVANTE DE ENDEREÇO

18 MAIO 2016

AGENTE DE POLÍCIA



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
AMAZONIA: Patrimônio dos brasileiros
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
COORDENADORIA GERAL DE URGENCIA E EMERGENCIA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS DE URGENCIA E EMERGENCIAS



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA/SAMU/192/ESTADUAL

FICHA DE ATENDIMENTO

Identificação	UNIDADE: <u>SAUV</u>	MUNICÍPIO: <u>Macapá</u>	EQUIPE: <u>TEC. Williams e Ma. Jose</u>
	PACIENTE: <u>ADENILTON MARIANO DA SILVA</u>	IDADE: <u>79</u>	SEXO: <u>Masculino</u>
chamada	ENDEREÇO: <u>Nº 6466</u>	DATA: <u>10/04/16</u>	HORÁRIO: <u>18:27</u>
	MÉDICO REGULADOR DR: <u>Anelke</u>	C.R.M.:	
	MOTIVO: ☐ SOCORRO ☒ TRANSPORTE ☐ ATENDIMENTO NO LOCAL ☐ OUTRO: _____		

MECANISMO DE TRAUMA

Avaliação no local da ocorrência (No cenário do acidente)	AUTOMÓVEL ☐ CAPOTAMENTO ☐ ATROPELAMENTO ☒ COLISÃO <u>FRONTAL</u> ☐ MOTORISTA ☐ PASSAGEIRO BANCO DIANTEIRO ☐ PASSAGEIRO BANCO TRASEIRO	AUTOMÓVEL ☐ USO DO CINTO ☐ VÍTIMA PROJETADE ☐ VÍTIMA ENCARCERADA ☐ AIR BAG	MOTO/BICICLETA ☒ ACIDENTE COM MOTO ☐ CONDUCTOR ☐ CARONA ☐ COM CAPACETE ☐ SEM CAPACETE	VIOLÊNCIA ☐ FAF ☐ ESPACAMENTO ☐ VIOLÊNCIA DOMESTICA ☐ VIOLÊNCIA SEXUAL ☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO ☐ OUTROS _____	OUTROS ☐ AC. DE TRABALHO ☐ LOCAL ☐ TRAJETO ☐ QUEDA ALTURA APROX. _____ ☐ ACC. DOMÉSTICO ☐ QUEIMADURA AGENTE ☐ AGRESSÃO P/ ANIMAL ☐ OUTROS _____ <u>Trauma</u>
--	---	---	---	--	--

AValiação INICIAL

VIAS AÉRIAS ☐ DISPNEIA ☐ BRADPNÉIA ☐ TAQUIPNÉIA ☐ RESP. RUÍDOSA ☐ OBSTRUÍDO ☐ APNÉIA ☐ OUTROS _____ <u>Suprimido</u>	VENTILAÇÃO ☐ M.V. DIMINuíDO ☐ M.V. AUSENTE ☐ HIPERTIMPANISMO ☐ MACÍEZ ☐ FERIDA ASPIRATIVA ☐ OUTRO _____ <u>NR</u>	CIRCULAÇÃO ☐ BRADICÁRDICO ☐ TAQUICÁRDICO ☐ JARRÍTMICO ☐ ENCHIMENTO ☐ CAPILAR ACIMA DE 2º ☐ AUSENTE ☐ OUTROS _____ <u>NR</u>	AValiação NEUROLÓGICA ☐ AVDN <u>14V</u> ☐ MIOSE ☐ MIDRIASE ☐ ANISOCARIA ☐ OTORRÉIA ☐ OTORRAGIA	☐ RINORRAGIA ☐ APARENTEMENTE ☐ ALCOOLIZADO ☐ DNV ☐ OUTROS _____
--	---	---	---	--

SINAIS VITAIS E ESCORES

HORA	P.A mm/Hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O2%	T. AIXIL C	GLUCEMIA	TRUMA	APGAR
INÍCIO	<u>130x80</u>		<u>20</u>		<u>36</u>			
FIM								

AValiação NEUROLÓGICA

PELE ☐ CORADA ☐ QUENTE ☐ PALIDA ☐ FRIA ☐ ÚMIDA ☐ SECA ☐ CIANÓTICA	CABEÇA ☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÃO ☐ LACERAÇÃO ☐ HEMATOMA ☐ AFIUNDAMENTO ☐ FER. PENETRANTE ☐ OUTROS _____	FACE ☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÃO ☐ LACERAÇÃO ☐ FERIMENTO OCULAR ☐ OUTROS _____	PESCOÇO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÕES ☐ HEMATOMA ☐ DESVIO DA TRAQUEIA ☐ FERIDA SUB-CUTANEO ☐ OUTROS _____	TÓRAX ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÕES ☐ TÓRAX INSTÁVEL ☐ RES. PARADOXAL ☐ TAMPONAMENTO ☐ OUTROS _____	ABDOME ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÕES ☐ DISTENDIDO ☐ EM TÁBUA ☐ DOLOROSO ☐ EVISCERAÇÃO ☐ OUTROS _____
--	--	---	---	---	--

PELVE ☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÃO ☐ DOR ☐ INSTABILIZADOR	COLUNA DORSAL ☐ CONTUSÃO ☐ HEMATOMA ☐ DOR	MEMBROS ☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÕES ☐ LUXAÇÕES	FRATURA ☒ <u>MIE de Esquerda</u> ☐ AMPUTAÇÃO
---	--	---	--

AValiação CARDIACA

AFEÇÃO CLÍNICA

HISTÓRIAS PEGRESSA

☐ RITMO SINUSAL ☐ TAQUICARDIA ☐ BRADICARDIA ☐ FLUTER ☐ FIBRILAÇÃO ATRIAL ☐ FIBRILAÇÃO VENTRICULAR ☐ ASSISTÓLIA	☐ RESPIRATORIA ☐ NEUROLÓGICA ☐ PSIQUIATRIA ☐ METABOLICA ☐ CARDIOVASCULAR ☐ ABORTO	☐ DIGESTIVA ☐ INFECIOSA ☐ OBSTETRICA ☐ PEDIÁTRICA ☐ OUTROS _____	☐ DIABETES ☐ CARDIOPATIA ☐ HAS ☐ IMEDICAÇÕES	☐ ALERGIAS ☐ OUTROS _____
---	--	---	---	--

GRAVIDADE COMPROVADA

☐ REZO ☐ PEQUENO ☐ MÉDIA ☐ SEVERA ☐ MORTE ☐ INDETERMINADO ☐ OUTRO _____

Dr. Joel G. de Souza
MÉDICO
CRM-RR 1242

ASSINATURA E CARIMBO (UNIDADE DE DESTINO)

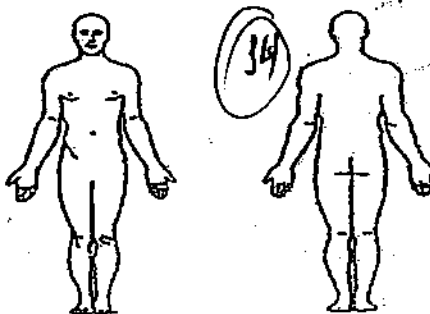
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 SET 2016

Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4
Bon Vista - RR - CEP 69301-410

INCIDENTE	☐ CANCELAMENTO ☐ RECUSA DE ATENDIMENTO ☐ NÃO SE ENCONTRAVA NO LOCAL ☐ RECUSA DE HOSPITALIZAÇÃO ☐ TROTE ☐ BOMBEIRO NO LOCAL ☐ OUTROS: _____		MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS		
	☐ POLÍCIA MILITAR ☐ GUARDA MUNICIPAL ☐ SMITRAN ☐ BOMBEIRO ☐ OUTROS: _____				
RCP	☐ INICIADO ÀS _____ () TÉRMINO ÀS _____ ☐ RCP COM SUCESSO ☐ RCP SEM SUCESSO OBSERVAÇÃO: _____		DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA		
DESTINO	☐ ATENDIMENTO NO LOCAL ☒ TRAUMA (HCR) ☐ PRÓXIMO ATENDIMENTO ☐ CORONEL MOTA ☐ COSME E SILVA		☐ HCSA ☐ MATERNIDADE (HAI) ☐ UNL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO ☐ HOSPITAL PARTICULAR ☐ OUTROS: _____		
IDM PERTENC O DE RECUS PACIENTE	DESCRIÇÃO: _____ NOME DO RECEPTOR: _____ FUNÇÃO DO RECEPTOR: _____ ASSINATURA DO RECEPTOR: _____ DECLARO PARA TODOS OS FINS QUE ESTOU RECUSANDO O ATENDIMENTO MÉDICO DISPONIBILIZADO PELO SAMU/ESTADUAL NESTA OPORTUNIDADE.				
	ASSINATURA DO PACIENTE: _____ REGISTRO GERAL: _____				
TERAPÊUTICA INSTITUÍDA PELO MÉDICO REGULADOR	REPOSIÇÃO VOLUMICA:	VOLUME	DOSE	VIA	HORÁRIO
	Ringier Lactato Solução Fisológica 0.9% Solução Glicoseada 5% Controlador Outros: _____	500	25	EV	
IG POR SEMANA: _____ GESTANTE PERDA DE LÍQUIDO: _____ MOVIMENTOS FETAIS: _____ () COM CARTÃO () SEM CARTÃO			MATERIAL E MEDICAÇÃO		

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
	ADULTO	MEIORES DE 5 ANOS	ESCALA		ESCALA DE GLASGOW	ESCORE DO TRAUMA	
ABERTUR A OCULAR	ABRE ESPONTANEAMENTE	ABRE ESPONTANEAMENTE	4	FREQUÊNCIA RESPIRATORIA A (normal)	10-24	4	
	COM ESTÍMULOS AUDITIVOS	COM ESTÍMULOS AUDITIVOS	3		25-35	3	
	COM ESTÍMULOS DOLOROSOS	COM ESTÍMULOS DOLOROSOS	2		36-40	2	
MELHOR RESPOSTA VERBAL	NÃO ABRE OS OLHOS	NÃO ABRE OS OLHOS	1	PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	01-09	1	
	ORIENTADO	ORIENTADO	5		10-19	2	
	CONFUSO	CONFUSO	4		20-29	3	
MELHOR RESPOSTA MOTORA	ORIENTADO	ORIENTADO	6	ESCALA DE GLASGOW	30-39	4	
	CONFUSO	CONFUSO	5		40-49	5	
	ORIENTADO	ORIENTADO	6		50-59	6	
	LOCALIZA A DOR	LOCALIZA A DOR	5		60-69	7	
	FLEXÃO NORMAL	FLEXÃO NORMAL	4		70-79	8	
	FLEXÃO ANORMAL	FLEXÃO ANORMAL	3		80-89	9	
	EXTENSÃO A DOR	EXTENSÃO A DOR	2		90-99	10	
	NENHUMA	NENHUMA	1		100-109	11	



OBSERVAÇÃO: Paciente vítima de acidente com moto sem capacete. Hematoma parietal, com fratura frontal. Fratura em pé (E).

Dr. Natália Serafim
CRM-RR 1336
PSICUL