



EDSON SANTIAGO
ADVOGADOS ASSOCIADOS

2

PROCURAÇÃO

Outorgante: DÁLITON PEDRO RIBEIRO INÁCIO, ID Nº 251764 SSP/RR , CPF Nº 867.544.082-00, brasileiro, solteiro, eletricitista, residente na Rua: Capricórnio nº 1471 , Bairro: Cidade Satélite, CEP: 69.317-494, na cidade de Boa Vista- RR, Tel: (95) 99128-4678/ 99128-3663, confiança@hotmail.com. Outorgados: Bel. EDSON SILVA SANTIAGO, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR sob o nº 619, OSTIVALDO MENEZES DO NASCIMENTO JÚNIOR, Brasileiro, Solteiro, Advogado, OAB/RR sob o nº 1280, ambos com endereço profissional à Rua Prof. Agnelo Bitencourt, nº 335 – Centro, Boa Vista/RR, Tel. (95) 3224-1634, onde deverá receber intimações.

Poderes específicos: para representar o outorgante, concedendo-lhe poderes para representá-lo no que for necessário, assim como cláusula Geral de Foro, habilitando-o, a praticar todos os atos processuais, como toda e qualquer defesa, contestação em seu favor, podendo atuar em qualquer instância, tribunal ou Juizado Especial, com poderes da cláusula “ad judicium”, bem como realizar todo e qualquer ato que seja necessário ao cabal cumprimento do presente mandato particular, inclusive substabelecer, assim como, transigir, receber valores, inclusive alvará judicial e dar quitação.

Boa Vista/RR, 13 de junho de 2019.


DÁLITON PEDRO RIBEIRO INÁCIO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
		REGISTRO GERAL	251764
ESTADO DE RORAIMA		DATA DE EXPEDIÇÃO	16/04/2019
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA		DATA DE NASCIMENTO	
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODELO CRUZ		17/03/1985	
		NOME	
		DALTON PEDRO RIBEIRO INÁCIO	
Polegar Direito		FILIAÇÃO	
		JOÃO INÁCIO NETO	
ASSINATURA DO TITULAR		MARINETE ANDRADE RIBEIRO	
CARTEIRA DE IDENTIDADE		NACIONALIDADE	
		CARACARAI - RR	
		DOC. ORIGEM	
		CERTD NASC 9469 FLS 208 LIV A-19	
		CARACARAI-RR	
		867.544.082-00	
		2ª VIA	
		AMABEU ROCHA TRIANI	
		LEI Nº 7.118 DE 28/08/83	



EDSON SANTIAGO
ADVOGADOS ASSOCIADOS

3

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu **DÁLITON PEDRO RIBEIRO INÁCIO**, ID Nº 251764 SSP/RR , CPF Nº 867.544.082-00, brasileiro, solteiro, eletricitista, residente na Rua: Capricórnio nº 1471 , Bairro: Cidade Satélite, CEP: 69.317-494, na cidade de Boa Vista- RR, Tel: (95) 99128-4678/ 99128-3663, confiança@hotmail.com. **DECLARO** para que produza os devidos fins de direito, que sou pobre na acepção do termo e que não posso arcar com as despesas do processo sem prejuízo de meu sustento.

Por ser verdade a declaração acima, firmo o presente.

Boa Vista/RR, 13 de junho de 2019.


DÁLITON PEDRO RIBEIRO INÁCIO



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 014946/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 20/05/2019 09:51 Data/Hora Fim: 20/05/2019 10:14
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 20/05/2019
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 25/12/2018 12:20

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Dr. Silvio Leite

Logradouro: Rua João Paulo

Complemento: cruzamento com a Rua Cesar Nogueira Júnior

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DALITON PEDRO RIBEIRO INÁCIO (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Caracará

Sexo: Masculino

Nasc: 17/03/1985

Profissão: Eletricista

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Marinete Andrade Ribeiro

Nome do Pai: João Inácio Neto

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 251764

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Capricórnio

Nº: 1471

Bairro: Cidade Satélite

Telefone: (95) 99128-4678 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante vem à este DP para informar que é habilitado (CNH nº 03490880850), e que no dia, hora e local acima informado, pilotava a motocicleta de sua ex-mulher Keila da Silva, sendo esta uma Honda NXR 160 BROS ESDD, de placa naz-8237, ano/modelo 2017/2017, de cor vermelha, chassi 9C2KD0810HR446104, Renavam 01130154472, pela Rua João Paulo II, quando houve a colisão com um veículo Chevrolet Celta, (que vinha da direita) não sabendo informar a placa veículo ou o nome condutor do mesmo. Que o local não possui placa de PARE em nenhum sentido. Que devido as lesões sofridas, o comunicante foi levado ao HGR por uma equipe do Resgate, do Corpo de Bombeiro Militar. Que o referido B.O é exclusivamente para fins de seguro DPVAT. É o que tinha a comunicar. .



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Daniel Baraúna Magalhães
Data de Impressão: 20/05/2019 10:15
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 014946/2019

ASSINATURAS

Daniel Baraúna Magalhães

Responsável pelo Atendimento

Mat. 042000925

Daliton Pedro Ribeiro Inácio

(Comunicante)

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

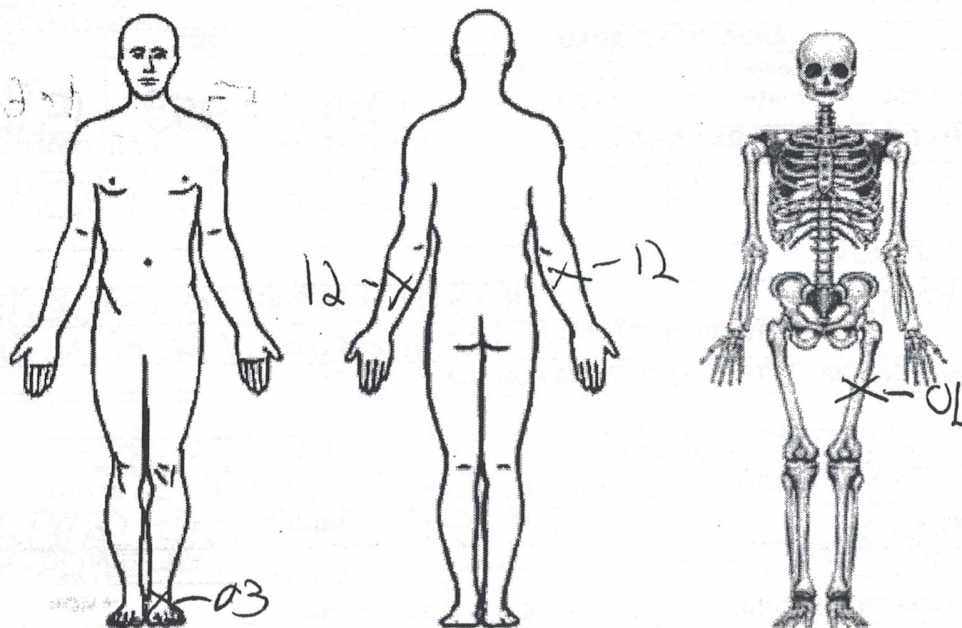


ESTADO DE RORAIMA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR COMANDO OPERACIONAL RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DE OCORRÊNCIA ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR				Nº DE AVISO: 4817-18		
				Nº DE VÍTIMAS: 01		
				OCORRÊNCIA: T-09		
				DATA: 25/12/2018		
OBM DE ATUAÇÃO		ÁREA DE ATUAÇÃO		VTR	KMI	KMF
☒ 1º BPABM ☒ 1º PEL ☐ 2º PEL ☐ 2º BPABM ☐ 1ª CIA ☐ 2ª CIA ☐ 3ª CIA		☐ Leste ☒ Oeste ☐ Centro ☐ Norte ☐ Sul ☐ Rural		UR 0218	15.959	15.886
H/SAÍDA	H/NO LOCAL	SAÍDA DO LOCAL	NO DESTINO	H/NA OBM OU B-01		
12:08	12:23	12:37	12:52	13:38		
1. DADOS DA OCORRÊNCIA						
CÓD. DE OCORRÊNCIA NÃO ESPECIFICADA:						
ENDEREÇO: RUA JOÃO PAULO II Nº SIN BAIRRO: SILVIO LEITE						
CIDADE: BOA VISTA PONTO DE REFERÊNCIA: CRUZAMENTO C/ CÉSAR N. JUNIOR						
LOCAL DA OCORRÊNCIA: ☐ RESIDÊNCIA ☐ TRABALHO ☒ VIA PÚBLICA ☐ OUTRO:						
2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA						
NOME: DALINTON PEDRO RIBEIRO INACIO RG/CPF: 251764						
D.N.: - IDADE: 33 SEXO: ☒ Masculino ☐ Feminino PNS: ☐ Sim ☒ Não						
ENDEREÇO: RUA CARICÓINHO Nº SIN BAIRRO: CID. SATELITE						
CIDADE: BOA VISTA NACIONALIDADE: ☒ Brasileiro ☐ Estrangeiro: TEL.: 9928-7678						
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? ☐ Sim ☒ Não Se sim, qual:						
Deseja informar sua orientação sexual? ☐ Sim ☒ Não Se sim, qual? ☐ Heterossexual ☐ Bissexual ☐ Homossexual ☐ Outro:						
Deseja informar identidade de gênero? ☐ Sim ☒ Não Se sim, qual? ☐ Homem transexual ☐ Mulher transexual ☐ Travesti ☐ Outro:						
3. TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO						
☐ Eu, acima identificado e qualificado, declaro para devidos fins que recuso atendimento da equipe de resgate e de ser transportado para avaliação médica.						
☐ O paciente/vítima recusou assinar o termo de recusa de atendimento.						
Assinatura do paciente/vítima: RG Nº SSP/						
Testemunha: RG Nº: SSP/						
Testemunha: RG Nº: SSP/						
4. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ACIMA DE 5 ANOS)						
Abertura ocular	Resposta verbal	Resposta motora	Total			
☒ 4. Espontânea ☐ 3. Á voz ☐ 2. A dor ☐ 1. Nenhuma	☒ 5. Orientado ☐ 4. Confuso ☐ 3. Palavras inapropriadas ☐ 2. Sons incomp./ Gemidos ☐ 1. Nenhuma	☒ 6. Obedece aos comandos verbais ☐ 5. Localiza e tenta remover o estímulo doloroso ☐ 4. Reage a dor ☐ 3. Flexão anormal a dor (Decorticação) ☐ 2. Extensão anormal a dor (Descerebração) ☐ 1. Nenhuma	15 Pontos			
5. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ABAIXO DE 5 ANOS)						
Abertura ocular	Resposta verbal	Resposta motora	Total			
☒ 4. Espontânea ☐ 3. Á voz ☐ 2. A dor ☐ 1. Nenhuma	☐ 5. Palavras/sorriso/olhar acompanha. ☐ 4. Choro, mas que pode ser confortado. ☐ 3. Irritabilidade persistente. ☐ 2. Agitação. ☐ 1. Nenhuma	☐ 6. Movimenta os 4 membros. ☐ 5. Localiza e retira o estímulo doloroso. ☐ 4. Sente dor, mas não retira. ☐ 3. Flexão a dor (Decorticação). ☐ 2. Extensão anormal a dor (Descerebração). ☐ 1. Nenhuma	~ Pontos			
6. SINAIS VITAIS						
PA: -	FR: -	FC: 108 BPM	SpO2: 98%	Temperatura: -		
7. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA - SUBJETIVA						
ALERGIA: ☐ SIM ☒ NÃO QUAL (is):						
USO DE MEDICAMENTOS: ☐ SIM ☒ NÃO QUAL (is):						
APARENTEMENTE ALCOOLIZADO: ☐ SIM ☒ NÃO						



8. CONSEQUÊNCIAS DO TRAUMA

☐ Óbito evidente ☐ PCR ☐ Vítima encarcerada ☐ Vítima ejetada ☐ Capotamento

9. FERIMENTOS E TRAUMATISMOS:**Legenda:**

- 01- Fratura
- 02- Luxação
- 03- Entorse
- 04- Ferimento incisivo
- 05- Ferimento Lacerante
- 06- Ferimento Corto-contuso
- 07- Ferimento perfurante
- 08- Ferimento penetrante
- 09- Amputação
- 10- Avulsão
- 11- Contusão
- 12- Escoriações
- 13- Queimaduras

**10. HISTÓRIO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

AO CHEGARMOS NO LOCAL DA OCORRÊNCIA, VÍTIMA ENCONTRAVA-SE EM DDH, LOTE. REFERIA MUITA DOR COM INDIKAÇÃO NO TERCELO MEDIA DO FEMUR ESQUERDO. GUARNIÇÃO REALIZOU IMOBILIZAÇÃO DE FEMUR, COLOCAÇÃO EM PRANCHA, ESTABILIZAÇÃO DE COLUNA CERICAL E A ENCAMIHEU AO P.S. ONDE FOI ENTREGUE COM SINAIS VITAIS ESTABE CAPILARIDADE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO ABAIXO DOS 2 SEGUNDO

11. OBJETOS/VALORES ENTREGUES AO RESPONSÁVEL DA UNIDADE DE SAÚDE OU AUTORIDADE POLICIAL

☐ Carteira de identidade ☐ Cartão magnético ____ Und ☐ Capacete ☐ Outros: _____
☐ CNH ☐ Cheque ____ Fls ☐ Calçado _____
☐ CPF ☐ Dinheiro R\$ ____ ☐ Óculos _____
☐ Título de eleitor ☐ Jóias ☐ Relógio _____

Aos cuidados de: _____ RG: _____ Telefone: _____

12. UNIDADE DE SAÚDE

☒ P.S Francisco Elesbão ☐ Hosp. da Criança Santo Antonio ☐ Hosp. das Clínicas
☐ P.A Ailton Rocha ☐ Hosp. Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré ☐ Outros: _____
☐ Pronto Atendimento Cosme e Silva ☐ Hosp. Unimed _____

13. ESTADO DA VÍTIMA ENTREGUE NA UNIDADE DE SAÚDE

☒ Estável ☐ Instável ☐ Crítico

14. EQUIPE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Chefe de equipe:	Socorrista(s):	Condutor da VTR	Resp. pelo preenchimento
SGT HELIO	SD CESAR FILHO	SD ULANDRA	SGT HELIO

15. DADOS DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA VÍTIMA NA UNIDADE DE SAÚDE

Assinatura: _____
Documento de identidade: _____
Registro de conselho (CRM, COREN): _____

Paulo Henrique Hass Filho
Médico
CRM-RR 2068

Pront. 170.030

25/12/2018

Guia de Atendimento 17

Raquel L. Salazar
Téc. Enfermagem
COREN-RR 000.191-1E
NHEIUVK
09.03.19

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

1801050917 25/12/2018 13:03:15 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19

Paciente: DALITON PEDRO RIBEIRO INACIO Data Nascimento: 17/03/1985 Idade: 33 A 9 M 8 D CNS: 707706668901110 CPF: 86754408200

Tipo Doc: Documento Órgão Emissor: SSP/RR Data Emissão: Sexo: M Estado Civil: UNIAO Raça/Cor: PARDA Naturalidade: BOA VISTA - RR Nacionalidade: BRASILEIRA

Mãe: MARINETE ANDRADE RIBEIRO Endereço: JOAO INACIO NETO Contato: (95) 99128-4678

KUA - VENUS - 168 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR Ocupação: AUTÔNOMO

Class. de Risco: Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis. Prontuário:

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

Setor: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: RESGATE Procedimento Sol.: Registrado por: ALEXSANDRO PEREIRA

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: Dor de cabeça por trauma

GSC: AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)
Paciente vítima de acidente de motocicleta, montado por transcurso no local do acidente, trazido pelo SAMU e preenchido vigia e color cervical

Exame Físico: BCG, LOST, CAVAS

Hipótese Diagnóstica: Politrauma

SADT - Exames Complementares: ☒ RAO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO: 1) Dipirona 1g (Bv) 2) tilid 20g (Bv)

APRAZAMENTO: 09/01 Paciente com fratura no fêmur aguarda cirurgia (traço), sem acompanhante, apresenta estabilidade funcional, bem disposto

OBSERVAÇÃO: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Bríg. Eduardo Gomes, S/N Novo Planalto Tel (95) 2121-0620 AUTENTICAÇÃO 28 MAR 2019 Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentado neste Hospital. Gilcécio Freire Psicólogo CRP 20104899

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

óbito: Antes do 1º atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IMI, Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável: *[Assinatura]* Paulo Henrique Nasso Filho Médico CRM-RR 20660

Ortopedia Dr. Valson

Paciente do Brames de classe, vítima
de trauma MIE por queda de moto

Ref dor local (E)

Radiografias: fratura de fratura femur (E)

H.1) fratura femur (E)

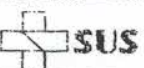
H.2) angulo + lacos transespinhosais
+ interosseos

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Especialista
Ortopedia e Traumatologia
CRM. 18541/RR

Dr. Valson
Ortopedia
CRM. 18541/RR

BLOCO A

Alta Adm: 25.12.2018 a 31.01.2019

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE H.G.R.		2 - CNES [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE Ortopedia		4 - CNES [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE 5 - NOME DO PACIENTE Dalton Pedro Ribeiro Inacio		6 - N° DO PRONTUÁRIO 171030	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 7 0 7 7 0 6 6 8 9 0 1 1 1 0		8 - DATA DE NASCIMENTO 17/03/85	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL Marinete Amoraes Ribeiro		11 - TELEFONE DE CONTATO 915 91911284678	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) R. Venus 108 Liadade Solteira		13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA BO	
14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 22		15 - UF RJ	
16 - CEP [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Paciente em tratamento por fratura metatarsal	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Fratura		19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) História + Exame físico + Radiografia	
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO Fratura de fêmur fechado (E)		21 - CID 10 PRINCIPAL S72.0	
22 - CID 10 SECUNDÁRIO S72.0		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS S72.0	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Cirurgia de fratura de fêmur		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 86.42.01.00	
26 - CLÍNICA [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
28 - DOCUMENTO () CNS () CPF		29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 0308010019	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Dr. Nelson		31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 25/12/18	
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) [Assinatura]		33 - ACIDENTE DE TRABALHO [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
36 - CNPJ DA SEGURADORA [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		37 - N° DO BILHETE [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
38 - SÉRIE [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		39 - CNPJ EMPRESA [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
40 - CNAE DA EMPRESA [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		41 - CBOR [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO		43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	
46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 25/12/18	
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) [Assinatura]		49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 0308010019 T068 V299	

HOSPITAL GERAL DE RODRIGUES AV. Brig. Eduardo Gomes, S/Nº Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
 22 MAR 2019
 Certifico e Dou fé que a presente cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentada neste Hospital

06/03/2019

... Laudo de Internação SG ...

BLOCO A

Alta: 01.03.1

2007

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

2319659

2 - CHES

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

2319659

4 - CHES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

DALTON PEDRO RIBEIRO INACIO

00171030

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

707706668901110

8 - DATA 17/03/1985

(95) 99128-4678

Masculino

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

MARINETE ANDRADE RIBEIRO

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

RUA - VENUS

168

CIDADE SATELITE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BOA VISTA

14 - COD. ISTAT MUNICÍPIO

140010

15 - RR

69.317-460

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Exame físico

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tumorato Angio

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

RX

Justina de Jesus

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ortopedia

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

ORTOPEDIA

Urgência

X

700204471659521

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

FERNANDO CRUZ

37 - Nº DO DIHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

35 - ACIDENTE DE TRABALHO - TRAJETO

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CIBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

APOSENTADO

NÃO SEGURO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - COD. ORÇAO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

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

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0308010019

T068

5723

W499

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Daliton Pedro R. Inacio DN: 17/03/1985

LEITO: 109-2

DIAGNÓSTICO: Fratura de fêmur E

Especialidade médica: ortopedia

06/02/2019 - Plantão noturno

Paciente acamado, restrito ao leito, com tração transesquelética em MIE. Acordado, LOTE, ECG: 15. Normocorado, normohidratado, anictério. Respiração espontânea, eupneico e acianótico em aa. Afebril, normotenso e normocárdico. Alimentação oral livre, com boa aceitação. Sono preservado. Terapia medicamentosa por acesso venoso periférico nº 20 em MSD datado de 05/02/19, fixação com esparadrapo seca e limpa. Eliminações espontâneas, em fralda e realizadas no leito. Sem queixas no momento.

Manoel
Manoel F. F. F.
Enfermeiro
COREN-PE 14.444

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Daliton Pedro R. Inacio DN: 17/03/1985

LEITO: 109-2

DIAGNÓSTICO: Fratura de fêmur E

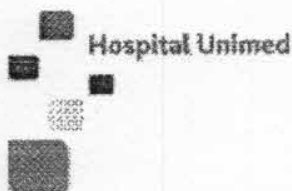
Especialidade médica: ortopedia

14/02/2019 - Plantão noturno

20:15

Paciente acamado, restrito ao leito, com tração transesquelética em MIE (normoposicionada e normoalinhada). Acordado, LOTÉ, ECG: 15. Normocorado, normohidratado, anictério. Respiração espontânea, eupneico e acianótico em aa. Afebril, normotenso e normocárdico. Alimentação oral livre, com boa aceitação. Sono preservado. No momento da visita, sem acesso venoso instalado, segundo paciente ele mesmo pediu para retirarem acesso no plantão diurno, pois não está fazendo uso de medicação endovenosa de horário. Nega algia. Eliminações espontâneas, em fralda e realizadas no leito. Sem queixas no momento.

M. M. Kogren
Me. Moisés Kogren
Enfermeiro
COREN-RN 165143



www.unimedbr.com.br
Av. Glaycon de Paiva, 1027
69303-340 São Vicente, Boa Vista - RR
T. (95) 3198-8400



TERMO DE INTERNAÇÃO

DATA/HORA: 23/04/2019 -09:24

REGISTRO...: 5532131

NOME.....: DALITON PEDRO RIBEIRO INACIO

NASCIMENTO: 17/03/1985

SEXO.....: Masculino

PAI.....:

DOCUMENTO.: 251764

ORG.PAC....:

RELIGIÃO...:

ENDEREÇO...: RUA CAPRICORNIO

CIDADE.....: BOA VISTA

TELEFONE...: 95991284678

Convenio...: PARTICULAR/PARTICULAR

GUIA.....:

MEDICO.....: DALSON DENIS DA SILVA FEITOSA CRM.....: 1176

TIP.INTER.: CIRURGICO

NOME RESP.: DALITON PEDRO RIBEIRO INACIO

DOCUMENTO.: 251764

LEITO.....: C10

PRONTUÁRIO...: 000059502

IDADE.....: 34 anos

NACIONAL....: BRASILEIRA

MAE.....: MARINETE ANDRADE RIBEIRO

CPF.....: 86754408200

PROFISSÃO...:

EST.CIVIL...:

BAIRRO.....: CIDADE SATELITE

CEP.....: 69317494

CONTRATO.....:

BENEFICI.....:

Matricula....:

ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA

TELEFONE...: (95) 99128-46 CPF.....: 867.544.082-00

Observação: PACIENTE INTERNADO AOS CUIDADOS DO DR. DALSON, PARAPROCEDIMENTO CIRURGICO, LIBERADO SUITE C10, PELA TEC. MARIA, GUIAS E TERMO ASSINADOS, EXAMES E COMPROVANTE DE RESIDENCIA ANEXOS, CC AVISADO E REGULAMENTO ENTREGUE. PROC. AS 14H

COD.PROCED: FRATURAS DE FEMUR - REDUCAO INCRU

Usuário...: GECILENEMOREIRA

1 - PROTOCOLO - DATA ____/____/____ - HORA ____:____

DE: SEÇÃO DE CONTAS _____

PARA: TESOUREARIA _____

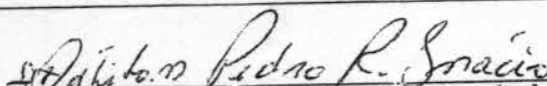
LEITO: _____ RAMAL: _____

RESTRIÇÕES: SIM () NÃO ()

2 - PROTOCOLO - DATA ____/____/____ - HORA ____:____

DE: TESOUREARIA _____

PARA: ENFERMAGEM _____

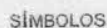

Assinatura Paciente / Responsável


CONFERE COM ORIGINAL

3.372,96

Boa Vista

Nome Delton Pedro Ribeiro Inácio
Prontuário 553.2131 34 anos



PERDA SANGUÍNEA

~~CONFERE COM ORIGINAL~~

BT/HO/EE-QF0

ANEXOS DE OUTRAS DESPESAS 33104119
(para Guija de SP/SADT e Resumo de Internação)

0732364

24.04.19



2 - Número da Guia Referenciada

30415-8

Endos do Contratado Executante

- Código na Operadora

4 - Nome do Contratado

Padator Lidro

5 - Código CNES

Gastos Realizados

6 - CD 7 - Data

9 - Hora Final* 10 - Tabela 11 - Código de Item
18 - Referência do material no fabricante*

12 - Qtd.

13 - Unidade 14 - Fator Red.
de Medida* /Acrec

15 - Valor Unitário - R\$
19 - N° Autorização de F

16 - Valor Total - R\$

1-1-1

20 - Descrição

2-1-1-1

20 - Descrição

20 - Descrição

20 - Descrição

20 - Descrição:

20 - Descrição.

2000

1

20 - Description

200

'21 - Total de Gases Medicinais (R\$)

22 - Total de Medicamentos (R\$)

23 - Total de Materiais (R\$)

24 - Total de OPMF (R\$)

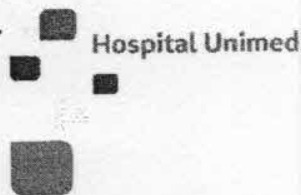
25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

26 - Total de Diárias (R\$)

27 - Total de Geral (R\$)

CONFERE COM ORIGINAL

Dr. Dalson Feitosa
Ortopedia e Traumatologia
1176 RQE 0835
CRIM/PA



www.unimedbv.com.br
Av. Glaycon de Paiva, 1027
69303-340 São Vicente, Boa Vista - RR
T. (95) 3198-8400



INDICADOR QUÍMICO

PACIENTE: Jaliton Pedro Ribeiro Inacio REG 5532131

CIRURGIA: Fratura de Femur

EQUIPE MÉDICA: Dr. Dalson Dr. Evelyn

CIRCULANTE Flire INSTRUMENTADOR(A) Wisley

DATA: 23/04/19

BANDEJAS: RAQUÍDIAL ☒ PERIDURAL() GERAL() LOCAL() SEDAÇÃO() GERAL EV()
GERAL INALATÓRIA()

CAIXAS DE CIRURGIAS:

CAIXAS CIRÚRGICAS DOS CIRURGIÕES:

CAPOTE:

CAMPO SIMPLES/ FENESTRADO/FRONHA



NOME DO PRODUTO Cx de fix. cirurgico

NÚMERO DO LOTE 18

DATA DA ESTERILIZAÇÃO: 17/04/19 DATA LIMITE DE USO 17/10/19

MÉTODO DE ESTERILIZAÇÃO autoclavado



CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO

PRODUTO Cx de Grande Fraguena

NÚMERO DO LOTE 25

DATA DA ESTERILIZAÇÃO: 23/4/19 DATA LIMITE DE USO 23/7/19

MÉTODO DE ESTERILIZAÇÃO vapor

CONFERE COM ORIGINAL

R. 300-2111 1. 17. 2019

RECEITUÁRIO

Unimed 
Boa Vista

Hospital Unimed
www.unimedbv.com.br
Av. Glaycon de Paiva, nº 1027
69303-340 São Vicente, Boa Vista - RR
T. (95) 3198-8400

Diretor Técnico

Dr. Altamir Ribeiro Lago
Cirurgia Geral e Endoscopia
CRM - 241 RR

Edson Silva

2º Exame (C)

AP + D

Dr. Dalton Feltosa
Ortopedia e Traumatologia
CRM RR 176 RQE 084



Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

ANS - nº 30415-8



Am
CONFERE COM ORIGINAL

Unimed	
Boa Vista	

CONFERE COM ORIGINAL

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA



ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Dalton P. R. Lima
Cirurgião responsável: Dalton P. R. Lima

ENTRADA (SALA PRÉ-ANESTESIA)

PACIENTE CONFIRMOU	Sim	Não	Não se aplica
* Identidade	☒	☐	☐
* Sítio Cirúrgico	☒	☐	☐
* Procedimento	☒	☐	☐
* Consentimento	☒	☐	☐

RISCO CIRÚRGICO ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

SÍTIO DEMARCADO ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA: ☒ NÃO ☐ SIM

ÁREA DIFÍCIL, RISCO DE ASPIRAÇÃO: ☒ NÃO ☐ SIM

SIM, e equipamentos/ assistências disponíveis

RISCO DE PERDA/SANGÜINEA > 500 ml

SIM, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Dra. Evelyn Fernandes
Médica CRM/RR 1424

Anestesiologista RQE 161

Assinatura e Carimbo

Data: 01/08/2019 Hora: 14:00

Checklist de Cirurgia segura proposta pela Organização Mundial de Saúde, Brasília, DF 2000

ANTES DA INCISÃO

Anestesista: Dra. Evelyn Fernandes
Médica CRM/RR 1424
Anestesiologista RQE 161
PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

SAÍDA (Sala pós operatória)

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÃO

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

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 algumas preocupações específicas em relação ao paciente.

() REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

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

A PROFILAXIA ANTITROMBÓTICA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

() Sim
() Não
() Não se aplica

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

() Sim
() Não
() Não se aplica

BOLETIM OPERATÓRIO

Hospital Unimed

Unimed



Boa Vista

Nome: Rafaelton Rêdo

Idade: _____

Data: 23 / 04 / 17

S.O.: _____

Sexo: _____

Diagnóstico Pré-Operatório	<u>Fratura de Fêmur</u>
Indicação Terapêutica	
Tipo de Internação	
Medicações e Acidentes	
Diagnóstico Operatório	

Cirurgião	<u>Dr. Dalton</u>		
1º auxiliar			
2º auxiliar			
3º auxiliar			
Anestesista	<u>Dr. Ederline</u>		
Início		Fim	
			Duração

Hospital Unimed

Unimed



Boa Vista

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1- Lavagem dorsal
- 2- Anestesia + pulso
- 3- Ligeira elevação
- 4- Imunização lateral + identificação para fratura
- 5- Lave o osso + fratura fechada
- 6- Osteotomia + fixação placa 12 furos + 10 parafusos
- 7- Redução anátomica
- 8- Gesso
- 9- RPA

Dr. Dalton Feitosa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1176 RQE 083

CONFERE COM ORIGINAL!

Hospital Unimed

www.unimedbr.com.br
Av. Cláudio de Fátima, 1027
63903-340 São Vicente, Boa Vista - RR
T: (93) 3196-4000

Unimed
Boa Vista

C-10

TERMÔ DE RESPONSABILIDADE

Nº DE ORDEM	ITEM	UNIDADE	DATA DA ENTREGA	ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL	DATA DA DEVOLUÇÃO
1	CONTROLE DA CENTRAL DE AR	01	23/04/19	Edilson	24/04/19
2	CONTROLE DE TV / SKY	01	23/04/19	Edilson	24/04/19

*Em caso de perda ou extravio, serão cobrados o valor de R\$ 140,00 (cem reais) por cada item não devolvido.

RESPONSABILIDADE DO PACIENTE

Eu Edilson Pedro Ribeiro Siqueira declaro plena ciência da minha responsabilidade sob os bens acima

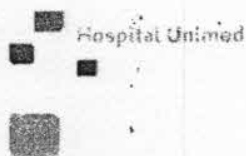
mencionados e recebidos por mim, assumindo o dever de cuidado e guarda provisória enquanto perdurar a estadia junto ao quarto, sendo responsável financeiro pelo ressarcimento dos referidos bens.

CONFERE COM ORIGINAL

Boa Vista - RR, 23 de Abril de 2019

Edilson Moraes

Assinatura responsável pela entrega
Téc. da Enfermagem
COREN/RR 664182-Tec



www.unimedrr.com.br
Av. Gláucio de Paiva, 1027
69303-340 São Vicente, Boa Vista - RR
F. (95) 3198-8400



TERMO DE RECEBIMENTO

ATESTO QUE RECEBI, LI E IREI CUMPRIR O REGULAMENTO INTERNO DO HOSPITAL
UNIMED, REFERENTE AS NORMAS PARA PACIENTES E ACOMPANHANTES.

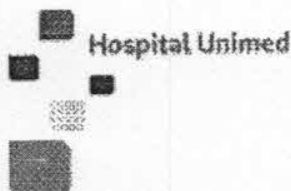
PACIENTE: Dalton

ACOMPANHANTE: MARINETE

APARTAMENTO: _____

BOA VISTA - RR, 23 DE ABRIL DE 2019


CONFERE COM ORIGINAL



www.unimedrr.com.br
Av. Gláucion de Paiva, 3027
69303-340 São Vicente, Boa Vista - RR
T. (65) 3198-8400



TERMO DE CONSENTIMENTO DE CIRURGIA

Declaro que fui suficientemente esclarecido pelo Dr.(a): _____

Sobre o procedimento a que o(a) paciente **DALITON PEDRO RIBEIRO INACIO**

será submetido(a), do qual, eu _____ grau de

parentesco: Daliton Pedro R. Inácio sou responsável legal.

Procedimento: 30725119 - FRATURAS DE FEMUR - REDUCAO INCRUEN

Lateralidade (se aplicável) () Direito () Esquerdo

Fui informado pelo meu médico (a) sobre o diagnóstico, prognóstico, objetivos do tratamento cirúrgico, **principais riscos**, benefícios, probabilidade de sucesso e alternativas existentes ao procedimento proposto.

Fui também orientado (a) sobre a **possibilidade de ocorrer complicações durante e após a realização do procedimento** a que o paciente será submetido, pois durante a realização de qualquer procedimento invasivo e/ou cirurgia existe o risco de acontecer situações imprevistas e complicações tais como: sangramento, complicações cardiovasculares, infecções, óbito e etc.

É possível que durante a realização do procedimento, seja necessário realização de biópsia e o material coletado ser submetido a uma análise anatomopatológica.

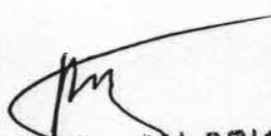
Declaro ainda que fui informado sobre possíveis problemas relativos à recuperação e resultados decorrentes da minha recusa ao tratamento proposto.

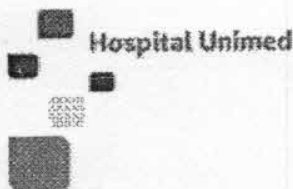
Declaro ainda que não necessito de qualquer outro esclarecimento ou informações por parte do meu médico ou de sua equipe sobre o tratamento que serei submetido.

Existem implicações culturais e/ou religiosas que precisam ser declaradas: () Não () Sim

Daliton Pedro R. Inácio

Boa Vista - RR, 23 de Abril de 2019


CONFERE COM ORIGINAL



www.unimedbr.com.br
Av. Glaycon de Paiva, 1027
69303-340 São Vicente, Boa Vista - RR
T. (55) 3198-8400



TERMO DE RESPONSABILIDADE DE PAGAMENTO

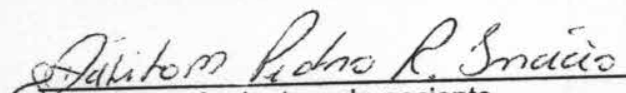
Eu, **DALITON PEDRO RIBEIRO INACIO** portador (a) do RG Nº **251764** e CPF: **867.544.082-00**

declaro para os devidos fins legais, que assumo frente ao **Hospital da Unimed** inscrito no CNPJ
10.169.852 / 0002 - 41, a responsabilidade pelo pagamento integral do custos com medicamentos,
honorários médicos, material, diárias, custos de administração sobre o valor total da conta hospitalar e
outros que porventura existam, decorrentes da realização do atendimento médico hospitalar, inclusive
com internação clínica, cirúrgica e atendimento de urgência e emergência, realizado no paciente
DALITON PEDRO RIBEIRO INACIO código **5532131** e que serão pagos a importância de R\$

_____ (à vista / à prazo - neste caso especificar o total de parcelas e que serão
cobrados juros de 3% (três por cento) ao mês, mais correção monetária) tão logo seja apresentada a
conta hospitalar respectiva. No caso de pacientes conveniados à Unimed, mediante a apresentação da
autorização do procedimento ou da internação, esse documento será desconsiderado.

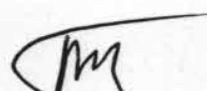
Observação.: {Obsl}

Boa Vista - RR, **23 de Abril de 2019**


Assinatura do paciente

Assinatura responsável

Grau de parentesco: _____


CONFERE COM ORIGINAL

NOME: Vali tem Pedro Ribeiro Inacio

SAE - CENTRO CIRÚRGICO / SRPA

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Data: 23/04/19
Reg: 5532131
Idade: 34 anos

PROVENIENTE

Chegada: () Emergência () U.T.I.
(X) Casa () Hospital
Qual: () Outros:

Cirurgia Proposta:

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

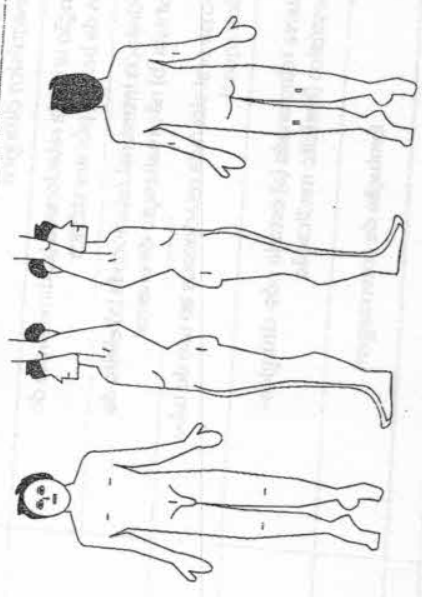
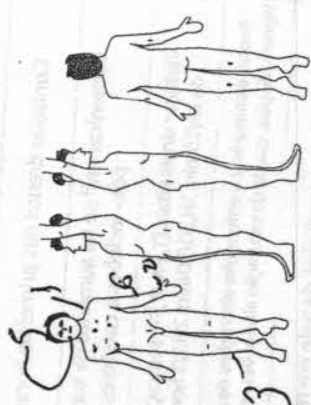
Entrada na Sala: 13:45
Cirurgia Realizada: Sim
Início da Cirurgia: 13:45
Início Anestesia: 13:45
Término Cirurgia: 13:45
Saída S.O.: 13:45
Cirurgia Realizada: 13:45

Anestesia: Roque
Posicionamento: Derbal
Hidratação: Infundida
SF a 0.9%: Nome:
SG a 10%: Dose:
Ringer: Outros:
Nº de compressas oferecidas: Outros:
Nº de compressas recolhidas: Outros:

Sinais Vitais:
T: 36.5 °C
P: 99 Bpm
SAT: 99 %
FC: 78 rpm
PA: 130x70 mmHg

Legenda:

- 1. Eletrodos
- 2. Oxímetro
- 3. Placa de Bisturi
- 4. Incisão
- 5. Cateter
- 6. Venóclise
- 7. Dreno
- 8. SNG
- 9. Faixa Smarch
- 10. Garrote Pneumático
- 10. Outros:



- 1. Sonda
- 2. Curativo
- 3. Dreno
- 4. Acesso
- 5. Outros:

Destino: (X) SRPA () APT. () UTI () Outros:

Instrumento Elaborado pelos Enfermeiros da Coopenure - AM/2005 e adaptado pelos Enfermeiros da Unimed - RR/2016

	Sim	Não
1. Informar:		
Adornos Retirados		
Esmaltes Retirados		
Prótese Dentária Retirada		
Pré-Anestésico		
Reserva de Sangue		
Cardiopatia		
Hipertensão		
Diabetes		
Asmático		
Fumante		
Alergia		
Peso		

CONFERE COM ORIGINAL

Exames

- RX
- Hemograma
- Risco Cirúrgico
- Ressonância
- Tomografia
- Cartão do Pré-Natal

2. Estado Emocional / Mental

- () Choro
- () Sonolento
- () Agitado
- () Outros: Calma

3. Condições da Pele:

- () FAB
- () Ferimento
- () FAF
- () Queimando
- () Dor
- () Hematoma
- () Frio
- () Contusão
- () Edema
- () Deformidade
- () Avulsão
- () Amputação
- () Abrasão
- () Frat. Exposta

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - HOSPITAL UNIMED BOA VISTA

PACIENTE: DALTON PEDRO H. VARGAS REGISTRO: 5532131

DIAGNÓSTICO: FNT. FEMORAL DATA: 23/04/19

ENFERMEIRO(A): CAO IDADE: 34

MÉDICO: DALSON PESO: 70

CONDIÇÕES NEUROLÓGICAS:

☒ CONSCIENTE ☐ DESORIENTADO ☒ ORIENTADO

☐ REAGE A DOR ☐ TORPOROSO

☐ OBEDECE A COMANDOS VERBAIS ☐ NÃO REAGE A DOR

☐ COMATOSO ☐ NÃO OBEDECE A COMANDOS VERBAIS

☐ PRECISA DE SEDAÇÃO

DEFICIÊNCIAS:

AUDITIVA ☐ SIM ☒ NÃO VISUAL ☐ SIM ☒ NÃO FÍSICA ☐ SIM ☒ NÃO

QUAL: ☒ PRESERVADO ☐ AGITADO ☐ PREJUDICADO POR:

SONO E REPOUSO

☒ PRESERVADO ☐ AGITADO ☐ PREJUDICADO POR:

ALIMENTAÇÃO

ACEITAÇÃO: ☒ SIM ☐ NÃO ☐ PARCIAL ☐ TOTAL ☐ JEJUM:

VIAS: ☒ ORAL ☐ SNG ☐ SNE ☐ GTT ☐ NPT

OCORRÊNCIA: ☐ SONDAGEM ☐ SONDAGEM FECHADA

☐ VÔMITO ☐ RESÍDUOS GÁSTRICOS

ASPECTOS:

☐ CENTRAL ☒ PERIFÉRICO ☐ LOCAL ☐ DISSECAÇÃO ☐ SINAIS ☐ DATA ☐ HORA

☐ FLOGÍSTICOS ☐ SIM ☒ NÃO

ACESSOS VENOSOS:

☒ SIM ☐ NÃO REGIÃO: ☐ CURATIVO ☐ OCCLUSIVO ☐ COMPREENSIVO

☐ ABERTO ☐ ASPECTO: ☐ DRENO

☐ LOCAL: ☐ TIPO: ☐ SECREÇÃO/VOLUME:

☐ SIM ☒ NÃO

INTEGRIDADE DA PELE:

☐ PELE ÍNTEGRA ☒ F.O. ☐ HIDRATADA

☐ DESIDRATADA ☐ ESCORIAÇÃO ☐ ÚLCERA DE PRESSÃO/ESCARAS

REGIÃO DA LESÃO: ☐ DATA/HORA: ☐ PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: ☐ PRESCRIÇÃO: ☐ HORÁRIO:

ELIMINAÇÕES URINÁRIAS

☒ ESPONTÂNEA ☐ SOB ESTÍMULOS ☐ S.V. DE ALÍVIO

ASPECTO: ☐ VOLUME:

ELIMINAÇÃO FECAL

☐ PRESENTE ☒ AUSENTE ☐ FREQUÊNCIA Nº X: ☐ NORMAL

☐ CONSTIPAÇÃO ☐ DIARRÉIA

AValiação DA DOR

☐ COM DOR ☒ SEM DOR ☐ MELHORA COM MEDICAÇÃO? ☐ SIM ☐ NÃO

HIGIENE PESSOAL

☐ COM AUXÍLIO ☒ SEM AUXÍLIO ☐ NO LEITO ☐ ASPERSÃO

APARELHO RESPIRATÓRIO

☒ EUPNEICO ☐ DISPNEICO ☐ TAQUIPNEICO

☐ RONCOS ☐ SIBILOS ☐ ESTERTORES

☐ CATETER NASAL ☐ O2 CONTÍNUO ☐ INTERMITENTE

☐ MARCONEBULIZAÇÃO ☒ AR AMBIENTE ☐ TUBO TRAQUEAL ☐ TRAQUEOSTOMIA

SE O2: ☐ L/MIN:

ASPIRAÇÃO-ASPECTO DE SECREÇÃO TRAQUEAL

☐ CLARA ☐ FLUIDIFICADA ☐ PURULENTA ☐ ROLHOSA

☒ NÃO ☐ 2/2h ☐ 3/3h ☐ OSTOMIA ☐ EM BLOCOS

MUDANÇA DE DECÚBITO

☐ PRESENTE ☒ AUSENTE ☐ TIPO ☐ ASPECTO:

☒ BAIXO ☐ MODERADO ☐ ALTO

SINAIS VITAIS

HORA: ☐ PRESSÃO (mmHg): ☐ PULSO (bpm): ☐ RESPIRAÇÃO (irpm): ☐ TEMPERATURA TAX: ☐ DEXTRO (mg/dl) HORA: ☐

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA/HORA: ☐ PRESCRIÇÃO: ☐ HORÁRIO: ☐

Rg-5532131
Cod-

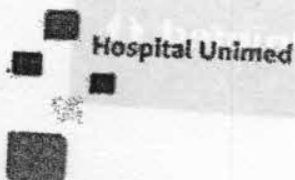
Unimed
Boa Vista
Av Glaycon de Paiva, 1027 - São Vicente
Boa Vista - Roraima
Fone: (95) 2121-1313

Assinatura
(1392)

Paciente: Politon Pedro Ribeiro Inacio Convênio: Particular Data: 23/04/19
Cirurgia: Fratura de Fêmur Início: 14:30 Fim: 16:15 Acomodação: C-10
Cirurgião: Dr. Dalson Anestesia: Roque 14:15
Anestesista: Dr. Evelyni 1º Auxiliar: _____
Pediatria: inst. Wisley Circulante: Alire Jasue

MATERIAL	QTDE.	MATERIAL	QTDE.
GELCO		ALGODÃO ORTOPÉDICO 15cm	
CATÉTER DE O2	(1)	ATADURA DE CREPE 15cm	(7)
CERA PARA OSSO		AZUL DE METILENO	
BOLSA COLETORA		SONDA NASOGÁSTRICA	
COMPRESSA CIRÚRGICA C15	(20)	SONDA DE FOLLEY Nº	
CORD. CLAMP.		SONDA URETRAL	
LUVA DE PROCEDIMENTO		SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº	
SORO		VERDE BRILHANTE	
DRENO PENROSE		SONDA RETAL Nº	
DRENO P/ TORAX		TORNEIRINHA DESCARTÁVEL	
EQUIPO P/SORO inf.	(1)	DROGAS ANESTÉSICAS	
EQUIPO DE P.V.C.	(1)	Neocaina Pesado	(1)
ESCOVA DESCARTÁVEL	(1)	Limo	(1)
ESPARADRAPO 10x10 cm	(1)	Sermomid	(100)
FORMOL		Yentonest	(100)
GAZE C120	(1)		
GELFOAM			
GESSO			
LÂMINA DE BISTURI Nº 20(1) 24	(1)		
MICROPORE			
POVIDENE			
PULSEIRA			
SERINGAS DESCARTÁVEIS 10(5) 3(1)		GASES MEDICINAIS	
SERINGA DE INSULINA		OXIGÊNIO 12L/min	x
		ÓXIDO NITROSO	
		GAS CARBÔNICO	
		MEDICAMENTOS E OUTROS	
SONDA GASTRONÔMIA/ JEJUNOSTOMIA		Kit Geral	(1)
ALGODÃO		Resina de Sargol (C11)	1
CATGUT SIMPLES		Nitrogênio 30 GRAMS	1
CATGUT SIMPLES			
CATGUT CROMADO			
CATGUT CROMADO			
PROLENE			
PROLENE			
SEDA			
VICRYL 1/2 Ag 5.0 cm	(7)		
AGULHA 40x12(1)			
AGULHA OXIGENADA			
ALCOOL IODADO			
MONONYLON 3.0 Ag 3.0	(1)		
MONONYLON			
MONONYLON			
UVAS			

CONFERE COM ORIGINAL



www.unimedbr.com.br
Av. Glaycon de Paiva, 1027
69303-340 São Vicente, Boa Vista - BR
T. (95) 3199-8400



CENTRO CIRÚRGICO - RPA

PACIENTE: Dalton Pedro Ribeiro Inacio PRONTUÁRIO _____

CIRURGIA: Fratura de Fêmur

ANESTESIA: () Geral Venosa () Peridural com cateter () Geral
() Geral Inalatória () Peridural sem cateter () Sedação
() Geral combinada (x) Raquianestesia () Local

Anestesista: Dr. R. elyri

Admissão na RPA: às 16:20 HORAS

Data 23/04/19

MONITORIZAÇÃO

() ECG (x) OXIMETRIA (x) PANI () PA INVASIVA

DRENOS/CÂNULAS

() Sonda gástrica () SNE () SVD Nº _____ () Guedel nº _____
() Penrose nº _____ () Tórax Nº _____ () Sucção Nº _____ () kher Nº _____

OUTROS: _____

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

() Acordado (x) Sonolento (x) Calmo () Agitado

PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO:

Hora	16:20	17:45							
Sat O2 %	99%	98%							
O2 Litros/min	—	—							
Respiração	ambiente	amb							
Tax	—	—							
P.A. mmHg	92/59	96/54							
Pulso bpm	77bpm	64bpm							
Funcionário	mariza	mariza							

CONFERE COM ORIGINAL

Desligado Oxigênio às _____
Alta da RPA às _____

ANOTAÇÕES: 18:00/19 = Trucação U N A T I V O
folha um compressão com confusão
+ Errores na 1ª po.
Assinatura: [Assinatura]

Carla 15592



ESQUERDO

65,1 %

TALITON PEDRO RIBEIRO INACIO
34 ano(s) 17-03-1985

19-03-2019 14:25:42

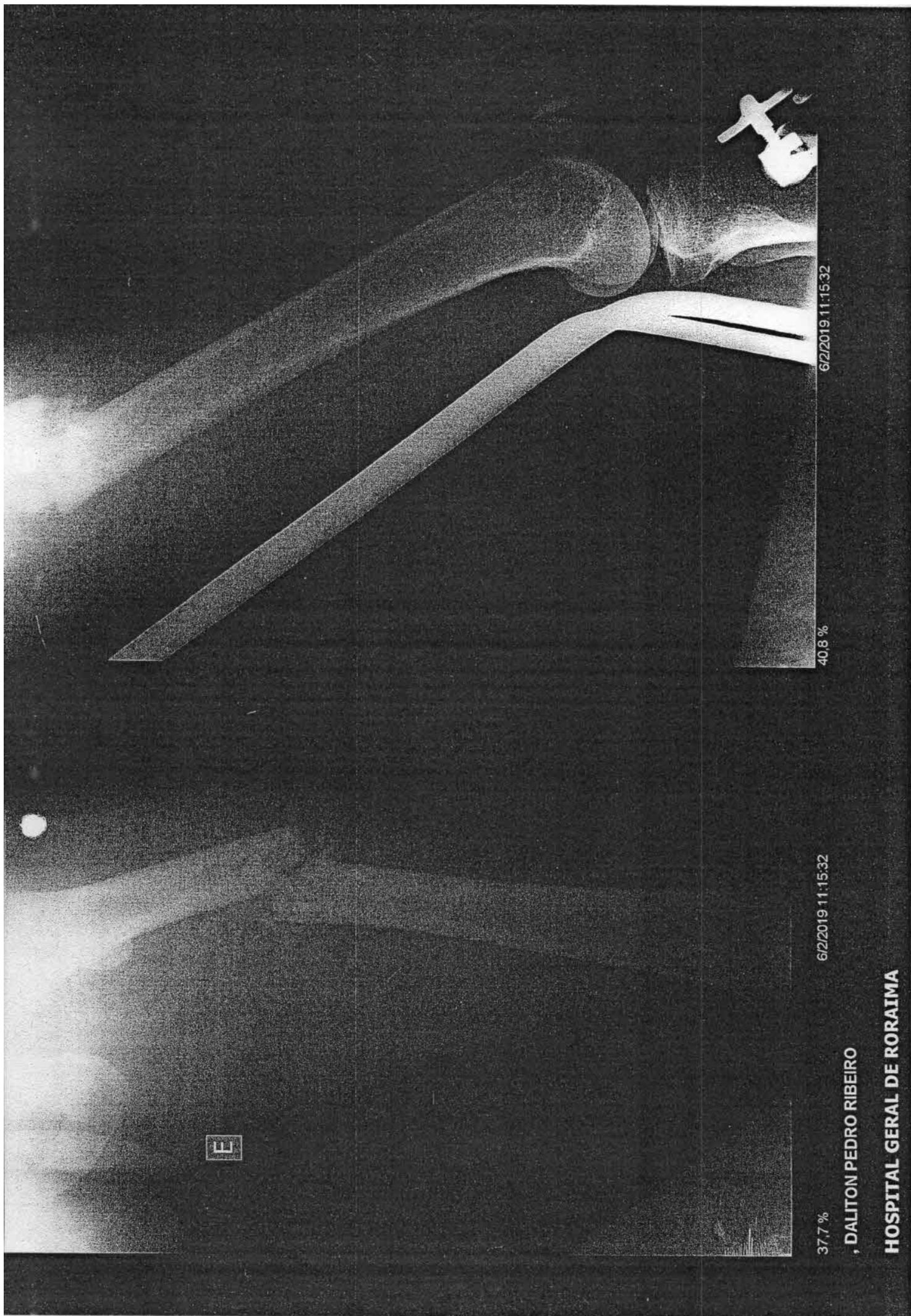
POLICLINICA COSME E SILVA



ESQUERDO

99,3 %

5170- 34 ANOS



E

DALITON PEDRO RIBEIRO INACIO

BL A 109-2

4/2/2019 13:56:38

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

53,7 %



, DALITON PEDRO R. INACIO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

E



, DALITON PEDRO RIBEIRO INACIO
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

BL A 109-2

4/2/2019 13:56:38

53,7 %



53.9 % 25/12/2018 14:13:54

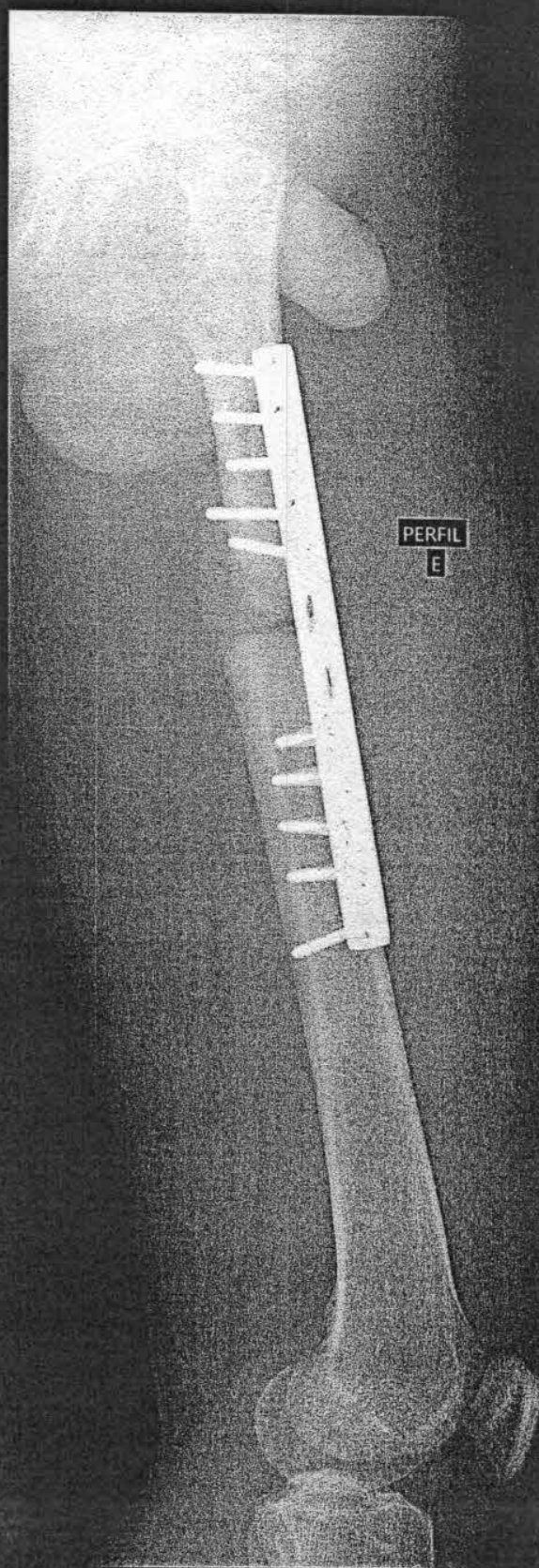
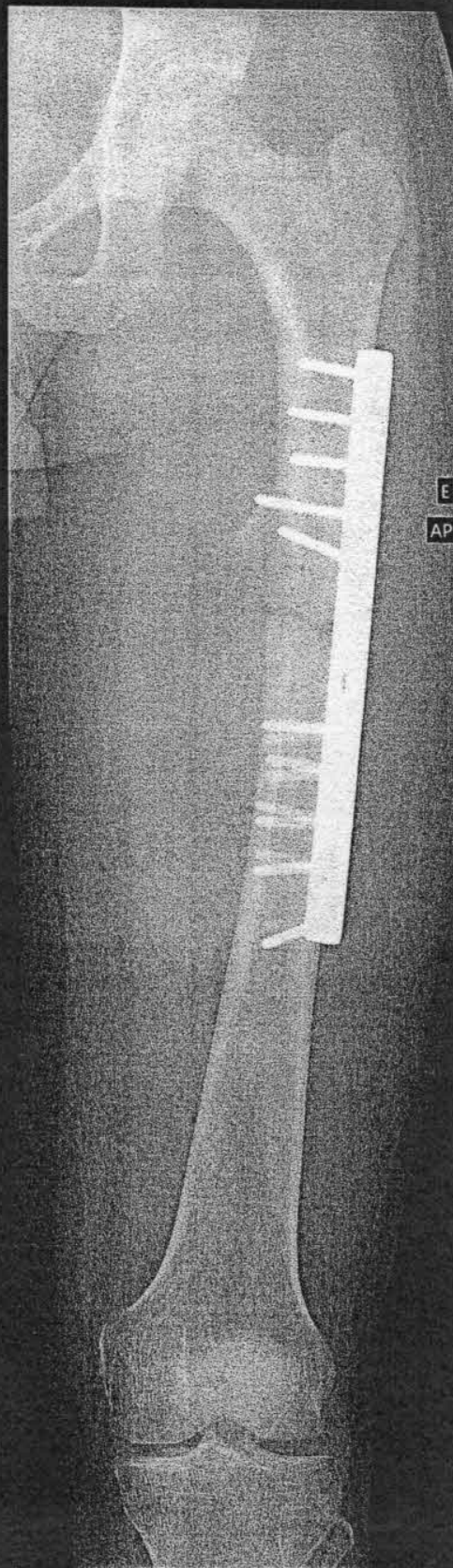
DALINTON PEDRO RIBEIRO ,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

53.9 % 25/12/2018 14:13:54

Clinica Radiológica Oliveira
Av. Ville Roy, 6529 - Centro, (Esq.com Araújo Filho)
69.301-000 Boa Vista-RR

CCRx
CLÍNICA RADIOLOGICA OLIVEIRA

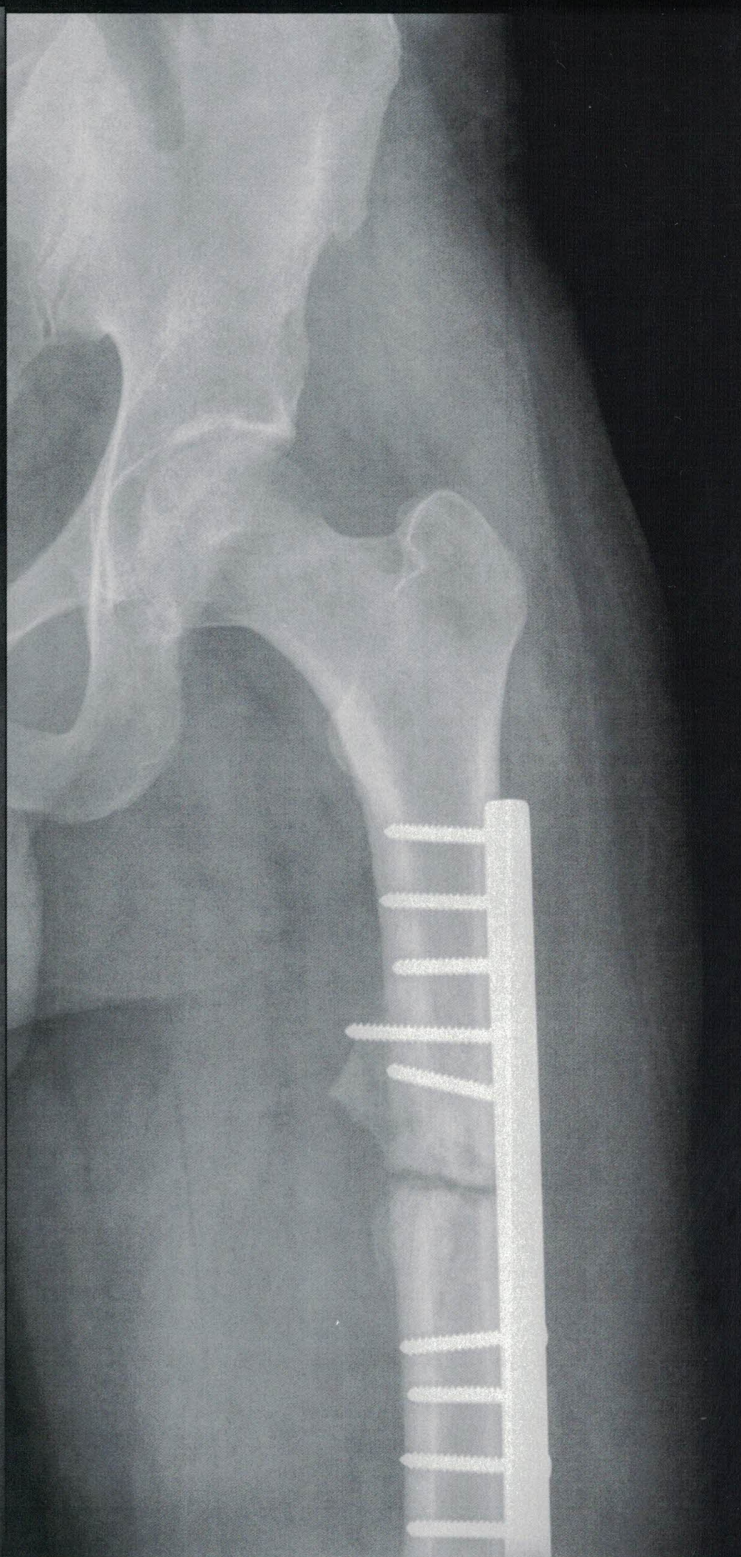
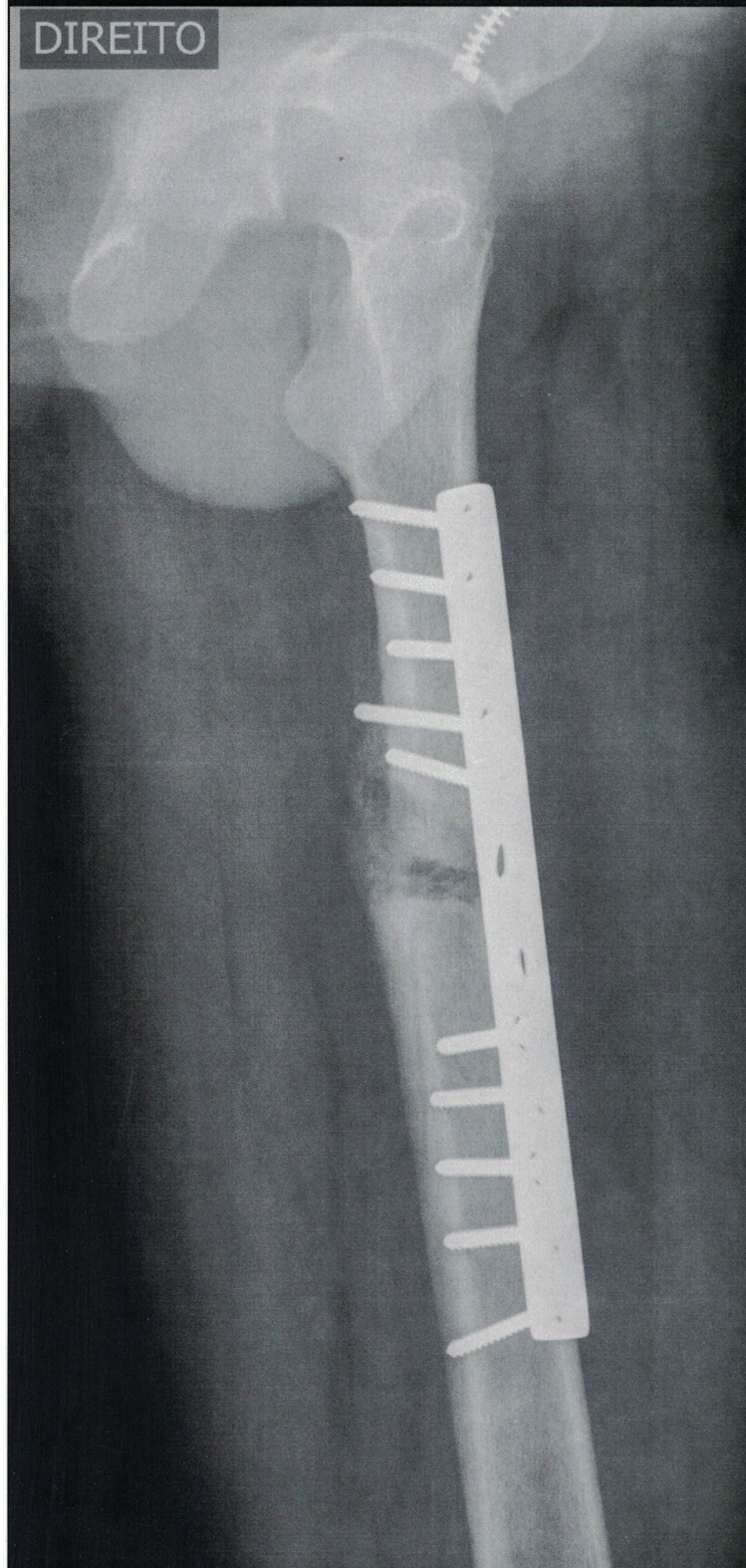


DALITON PEDRO RIBEIRO INACIO ID:0060331
Data:13-05-2019 Hora:10:31:52 Data Nasc.:17-03-1985
Centro Clínico Radiológico - CCRx

✉ clinicacr@hotmai.com clinicacr@gmail.com

☎ (95) 3224 - 7999 (95) 3224 - 0485 (95) 3623 - 1091 Fax
(95) 99122 - 2122 Vivo (95) 98119 - 0555 Tim

CCRx



92,0%

DALITON PEDRO RIBEIRO
33 ano(s) 17-03-1985

5877

85,1%

21-06-2019 16:50:25

POLICLINICA COSME E SILVA

VÍTIMA DALITON PEDRO RIBEIRO INACIO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO DALITON PEDRO RIBEIRO INACIO

CPF/CNPJ: 86754408200

Posição em 12-06-2019 10:55:16

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora

Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
13/06/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50