



**VALDENOR GOMES
ADVOCACIA E CONSULTORIA**

PROCURAÇÃO

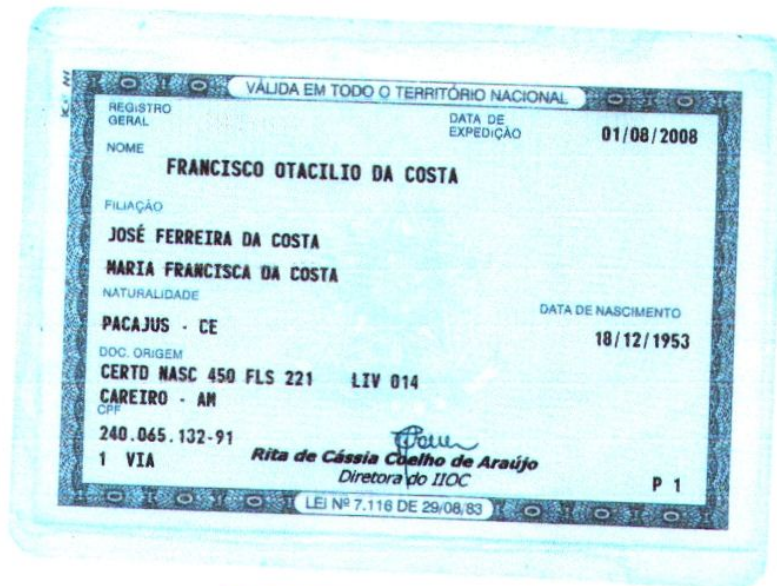
OUTORGANTE: FRANCISCO OTACILIO DA COSTA, brasileiro, solteiro, pescador, portador Cédula de Identidade RG 3803694 SSP/RR, CPF 240.065.132-91, residente e domiciliada na Rua Campinas, Nº 1231, Bairro Nova Cidade, Município de Boa vista - RR.

OUTORGADOS: Dr. VALDENOR ALVES GOMES, advogado, casado, inscrito na OAB/RR sob o nº 618; **Drª ROSIANE MARIA OLIVEIRA GOMES**, advogada, casada, inscrita na OAB/RR sob o nº 1358, sócios no escritório **VALDENOR GOMES ADVOGADOS ASSOCIADOS**, inscrita na OAB/RR sob o nº 153, com escritório situado na Rua Maria Rodrigues dos Santos, nº 996, Bairro Asa Branca, CEP. 69.312.285, na Cidade de Boa Vista/RR, onde receberão as devidas intimações.

PODERES: Para o foro em geral e os da cláusula ad-judicia, mais os ressalvados no art. 105 do CPC, exceto para receber citação. Para propor, no interesse do outorgante; em qualquer instância, juízo ou tribunal, as ações que se fizerem necessárias e contestar ou responder as que contra o mesmo for proposta, acompanhando-se até o final julgamento, interpor medidas cautelares, incidentes ou não, efetivas ou provisórias, justificações judiciais, pleitear alvarás ou ordens judiciais para os atos que delas dependam, mandar protestar cambiais e retirá-las do protesto, promover notificações ou interpelações judiciais, patrocinar os interesses do outorgante, procedimentos administrativos junto a quaisquer repartições públicas ou autárquicas, assinando papéis e documentos, intimações, acordar, discordar, receber alvará e dar quitação de valores, transigir, desistir, renunciar ao direito, sobre o que se funda a ação, firmar compromisso, requerer a extinção ou suspensão do processo. Podendo ainda, desempenhar suas atividades profissionais junto ao órgão da administração direta e indireta da União, Estados e Municípios. Representar junto ao **INSTITUTO NACIONAL DE SEGURO SOCIAL – INSS**. Podendo ainda substabelecer.

Boa Vista – RR, 16 de julho de 2019.

FRANCISCO OTACILIO DA COSTA



GENTE SEGURADORA S/A

RECEITA
Nº 002522-8

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.037.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 6
Regime especial de Imposto sobre Energia Elétrica - Lei nº 10.438 de 23 de abril de 2002.

Nº da Nota Fiscal: 002839252
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 23 de abril de 2002.

CONTAS	PERÍODO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
01/06/2019	01/06/2019	249	174,13

CLIENTE
CELIA MARIA ARAUJO MOURA
R. CAMPINAS 1231 NOVA CIDADE
CPF: 00063195747200
CEP: 69.316-182 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA	kWh	kVarh
Atual:	16404	
Anterior:	16155	
Constante de Multiplicação:	1,000	
Consumo Medido:	249	
Consumo Faturado:	249	

DADOS DA LEITURA	Atual:	Anterior:	Próxima Leitura:	Emissão:	Apresentação:
	09/05/2019	08/04/2019	06/06/2019	08/05/2019	09/05/2019

CLASSIFICAÇÃO	Unidade	Valor	Medida 12 meses
Normal	kWh	249	218

HISTÓRICO kWh	Consumo	Valor
ABR/19	249	7,86
MAI/19	249	31,45
FEV/19	272	80,89
JAN/19	272	21,72
DEZ/18	258	0,04
NOV/18	293	0,66
OCT/18	272	0,77
SET/18	222	0,09
AGO/18	251	3,85
JUL/18	176	0,76

VALORES ADICIONAIS	Valor	
SUBVENÇÃO BAIXA RENDA	03/19-00	0,66
CORREÇÃO MONETÁRIA	16/03/19-00	0,77
CORREÇÃO MONETÁRIA	16/03/19-00	0,09
MULTA POR ATRASO	03/19-00	3,85
JUROS DE MORA POR ATRASO	03/19-00	0,76
JUROS DE MORA POR ATRASO	03/19-00	26,10
JUROS DE MORA DE IMPO	03/19-00	
ILUMINAÇÃO PÚBLICA		

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO	
Res/Ant: 04/2019	Valor: 177,13

RESERVAÇÃO FISCO	COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
15DC,33AB,6D91,C668,1061,00A4,4DA6,4936	Distribuição: 77,32 Energia: 0,00 Transmissão: 4,01 Encargos: 24,12 Tributos: 2,33	Base de Cálculo: 17,00% Alíquota ICMS: 24,12 Valor do ICMS: 0,00 Valor do PIS: 0,00 Valor do COFINS: 0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE						
8,35	17,70	35,40	8,46	16,92	33,34	4,82
2,33			5,00			0,63
						81,69



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

544414
INVALIDEZ
(RONALDO)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 024092/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 06/08/2019 11:16 Data/Hora Fim: 06/08/2019 11:41
Origem: Polícia Judiciária Data: 06/08/2019
Delegado de Polícia: Alexsander Lopes da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 04/09/2018 08:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Sol Nascente
Complemento: Cruzamento com a Rua Manaus.
Ponto de Referência: Colégio Padrão do Nova Cidade
Tipo do Local: Via Pública

Bairro: Nova Cidade

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1035: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCISCO OTACÍLIO DA COSTA (VÍTIMA, COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: CE - Pacajus	Sexo: Masculino	Nasc: 18/12/1953
Profissão: Pescador	Escolaridade: Sem instrução		
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Maria Francisca da Costa	Nome do Pai: José Ferreira da Costa		

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 240.065 132-91
RG - Carteira de Identidade: 380369-4

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Campinas
Complemento: Casa
Bairro: Nova Cidade
Telefone: (35) 99155-5544 (Recado)

Nº: 1231

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
Veículo Acusado? Não	Quantidade: 1 Unidade
Situação: Meio Empregado	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Francisco Otacílio da Costa	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que não é habilitado compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local acima descritos, quando transitava conduzindo uma JIA LING (MOTOCICLETA IMPORTADA DE 50 CILINDRADAS), quando outra motocicleta invadiu à preferencial e colidiu no mesmo. Que sofreu lesões corporais e foi socorrido pelo SAMU até o HGR. Que a motocicleta ocasionadora evadiu-se, não tendo nenhuma informação da mesma e por **ESSE MOTIVO NÃO DESEJA**



Delegado de Polícia Civil: Alexsander Lopes da Silva
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 06/08/2019 11:42
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: 024092/2019

REPRESENTAR CRIMINALMENTE. Que esse registro é para fins de Seguro DPVAT. É o registro.

OBS.: O COMUNICANTE NÃO SABE LER E NEM ESCREVER.

ASSINATURAS

DAT

06 SET. 2019



Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000908
Responsável pelo Atendimento

Francisco Otacilio da Costa
(Vítima / Comunicante)

AGENTE DE POLÍCIA
COMUNICADOR

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e deixo 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."



FICHA DE ATENDIMENTO											
Unidade: <u>Alta</u>		Equipe: <u>Elton / Marcio</u>		 							
Paciente: <u>França Otávio da Costa</u>				Idade: <u>65</u>		Sexo: <u>M</u>					
Endereço: <u>AV. João Pessoa S/N Nova Cidade</u>											
Nº <u>56.581</u>		DATA <u>04/09/18</u>			HORA: <u>08:40</u>						
Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM: <u>OK Heloisa</u>											
☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ ATENDIDO NO LOCAL ☐ OUTRO											
AUTOMÓVEL Cinto ☐ SIM ☐ NÃO Vitima ☐ projetada ☐ encarcerada Air Bag: ☐ SIM ☐ NÃO Motorista: ☐ dianteiro ☐ traseiro ☐ Capotamento ☐ Atropelamento ☒ Colisão			MOTO: <u>X</u> <u>Moto</u> ☒ Condutor ☐ Carona Capacete ☒ SIM ☐ NÃO ☐ queda ☐ Atropelamento ☐ Colisão BICICLETA: ☐ Condutor ☐ Carona ☐ queda ☐ Atropelamento ☐ Colisão			VIOLÊNCIA ☐ FAB ☐ PAF ☐ Espancamento ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual ☐ Tentativa de suicídio ☐ Outro:		OUTROS ☒ Ac. De Trabalho ☐ Local ☒ Trajeto ☐ Queda, Altura aprox.: ☐ Acidente Doméstica ☐ Queimadura Agente ☐ Agressão p/ animal ☐ Outros:			
ÁREA DE SINISTROS - DPMT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO											
Vias Aéreas ☒ Dispnéia ☐ Bradpnéia ☐ Taquipnéia ☐ Resp. Ruidosa ☐ Obstruída ☐ Apnéia ☐ Outro:		Ventilação ☒ M.V. Diminuído ☐ M.V. Ausente ☐ Hipertimpanismo ☐ Maciez ☐ Ferida Aspirativa		Circulação ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico ☐ Arritmico ☐ Enchimento capilar acima de 2" ☐ Ausente		Aval. Neurológica ☒ AVDN ☐ Miose ☐ Midriase ☐ Anisocoria ☐ Otorrêa ☐ Otorragia ☐ Rinorragia ☐ Aparentemente alcoolizado ☐ DNV					
GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Batista, 404 - Boa Vista - RR											
Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR			
Início <u>8:39</u>	<u>130/90</u>	<u>100</u>	<u>20</u>	<u>90%</u>							
Fim											
Pele ☒ Corada ☐ Quente ☐ Pálida ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Seca ☐ Cianótica		Cabeça ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Laceração ☐ Hematoma ☐ Afundamento ☐ Fer. ☐ Penetrante		Face ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular		Pescoço ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Hematoma ☐ Desvio da traquéia ☐ Enfisma Sub-Cutâneo		Tórax ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Tórax Instável ☐ Resp. paradoxal ☐ Tamponamento ☒ <u>Leve aritmia</u> <u>trio</u>		Abdome ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Distendido ☐ Em tábua ☐ Doloroso ☐ Evisceração	
Pelve ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Dor ☐ Instabilidade		Coluna Dorsal ☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor		Membros ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Luxações		☒ Fratura <u>Fêmur ou Fíbula D</u> ☒ Amputação					
☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Filuter		☐ Fibrilação atria ☐ Fibrilação entricular ☐ Assistolia		☐ Respiratória ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Metabólica ☐ Cardiovascular ☐ Aborto		☐ Digestiva ☐ Infecçiosa ☐ Obstétrica ☐ Pediátrica ☐ Outra		☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☐ HAS ☐ Medicação de uso		☐ Alergias ☐ Outros	
GRAVIDADE CONFIRMADA		☐ ILESO ☐ SEVERA		☐ PEQUENA ☐ MORTE		☐ MÉDIA ☒ INDETERMINADA		☐ OUTRO			
Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)											
☐ Cancelamento ☐ Recusa de Atendimento ☐ Não se encontrava no local					MULTIPLS MEIOS ACIONADOS ☒ Polícia Militar						

2737

Brasiliano

DESTINO	☐ Atendido no local ☐ Trauma HGR ☐ Pronto Atendimento ☐ Coronel Mota	☐ Cosme e Silva ☐ HCSCA ☐ Maternidade ☒ Outros
	Aos Cuidados da Brava 5	

ERTENCE DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUS	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

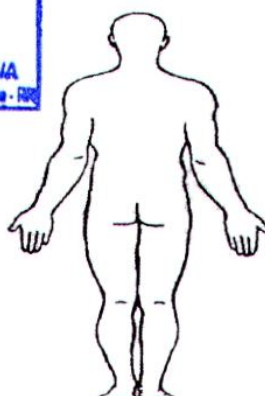
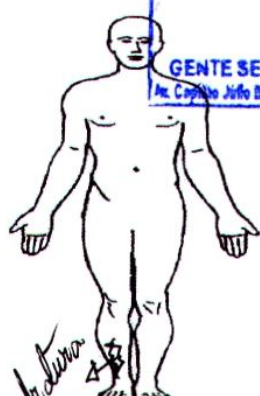
Paciente vítima de colisão moto x moto, segundo regulares, encontrava-se em decúbito dorsal, MID lateralizado sem sustentação simétrica, foi imobilizado de mesmo, informado a TWA central de regulação que informem envio de uma VTR. Colocada collar cervical, AVP conforme

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
	Adulto	Menores de 5 anos	Escala				
Abertura Ocular	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4	Frequência Respiratória (mov / min)	10 - 24	4	orientação da Regulação.
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3		25 - 35	3	
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2		≥ 36	2	
	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1		01 - 09	1	
Melhor Resposta Verbal	Orientado	Balbucia	5	Pulsos Sistol. (mmHg)	0	0	Elton Sidney Rodrigues Leite COREN - RR 331 723 TE
	Confuso	Choro irritado	4		> 90	4	
	Palavras inapropriadas	Choro a dor	3		70 - 89	3	
	Sons ou gemidos	Gemido a dor	2		50 - 69	2	
Melhor Resposta Motora	Nenhuma	Nenhuma	1	Escala de Glasgow	01 - 49	1	
	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6		0	0	
	Localiza a dor	Retira ao toque	5		14 a 15	5	
	Flexão normal	Retira a dor	4		11 a 13	4	
	Flexão anormal	Flexão normal	3		8 a 10	3	
	Extensão a dor	Flexão anormal	2		5 a 7	2	
	Nenhuma	Nenhuma	1		3 a 4	1	

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR



SAMU 192-BV
CONFERE COM
ORIGINAL
Em 16/08/19
Stephanie
Rubrica

IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____ Perda de líquido: _____ BCF: _____ ☐ Com cartão ☐ Sem cartão	MATERIAL E MEDICAÇÃO 03 SRL 500ml; 03 SF 0.91. 250ml; 03 Trombol; 03 Digirone 03 T.O.T.O. 400	03 glicos n: 56; 03 agulha; 03 ataduras 03 talas moldavel 03 compressa
---	---	--

Atopado - 10/10/2019

Parant plate m dnt
po 106 dnt t m e colu
var fatur Enst- e
tob e dnt P
Pm dnt m dnt m p.

[Signature]
10/10/2019

Dr. Valdenor Alves Gomes



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308									
FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA									
DIURNO 07-19 8									
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF	
FRANCISCO OTACILIO DA COSTA		18/12/1953		64 A 8 M 17 D				24006513291	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo	
IDENTIDADE		3803694		M		NAO		PARDA	
Mãe		MARIA FRANCISCA DA COSTA		JOSE FERREIRA DA COSTA		Contato		(95) 99173-4114	
Endereço		RUA - CAMPINAS - 1231 - NOVA CIDADE - BOA VISTA - RR						Ocupação	
								NÃO INFORMADA	
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autorização	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		RESERVA DE MINISTROS - DPVAT					
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Procedência		Temp.		Peso	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA							
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.				Registrado por:	
GRANDE TRAUMA		SAMU CAPITAL						DANIEL VIANA	
Queixa Principal		12 SET 2019		Síndrome Febril		Síntomático Respiratório		Suspeita de Dengue	
Anamnese de Enfermagem		GENTE SEGURADORA S/A		GSC		TOTAL		15	
5PO2 = 98% FC = 85 bpm.				AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 MRV: 1 2 3 4 5					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 07:10 h)									
Retido conduzido pelo SAMU em uso de colar cervical e prancha rígida									
história de colisão moto X moto. Em uso de capote, não encaixou									
Exame Físico									
Lote, BCG, (1) na área paria (2) exposição Presença, não de em torax									
então (3) contusão de lindeza em Perna (4) Glasgow 15 (5) expostas, lesões em									
a perna (6) não medicado com tetracel na emergência									
Hipótese Diagnóstica									
Politrauma									
SADT - Exames Complementares									
(1) RAIO-X (2) ULTRA-SON (3) TC (4) SANGUE (5) URINA (6) ECG (7) OUTRO									
PRESCRIÇÃO									
1) Gentamicina 240mg 2x dia									
2) Clonitazina 1mg 60mg 2x dia									
3) Atorvastatina 20mg 1x dia									
4)									
APRAZAMENTO									
10/10									
Conduta									
(1) Alta por Decisão Médica (2) Alta a Pedido (3) Alta a Revelia (4) Transferência para:									
Ambulatório (2) Observação (Até 24h) (3) Internação									
Data e Hora da Saída/Alta: / /									
óbito									
Antes do 1º Atendimento? (1) Sim (2) Não Destino: (1) Família (2) IML Anatomia Patológica									
Assinatura do Paciente ou Responsável									
Carimbo e Assinatura do Médico									
Eder Rodrigo F. Ribeiro									
CRM 1275									
Impresso por: daniel.viana									
Data Hora: 04/09/2018 09:08:19									
1801004421									

Atta 12.09.18

BLOCO D

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

18 - CONDIÇÕES CLÍNICAS 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 DAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CAUSA DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO

36 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA

37 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - CNPJ EMPRESA

39 - Nº DO BILHETE

40 - CNIE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

43 - COD. ORGÃO EMISSOR

44 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

até 11.9



BOLETIM OPERATÓRIO

Data:

4.04.18

O.S

James O. de
Cote.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTHESIA:

ANESTÉSICO:

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

12 SET 2019

FIM:

GENTE SEGURADORA S/A

Am Capital Hill Building 4th - New York - NY

RELATORIO CIRURGICO

HOSPITAL GERAL DE AGRICULTORES
AV. BOM SUCESSO GOMES, S/N
Nova Marinha Tel (95) 2121-0622
AUTENTICAÇÃO
08 NOV 2019
Certifico e dou fé que a presente
cópia é fiel reprodução Original
que foi apresentado neste órgão.

- ① Put an 00 H Sol plane antistatic
- ② empuja + anti-empuja + colocand
de cam per eler's.
- ③ Luce enantiomere de bond
- ④ colocacion de finader sistema.
- ⑤ suturas + curat. w.
- ⑥ cas p per

Dr. Pablo C. Benavente Jr.
Medico
CRM-RR 1908



Francisco Otelo de Costa

Boe Vsto
04/09/18

Fentonil 100mg + M. de fona 2,5g

AGENTES		DOSES	TECNICA	ANOTAÇÕES
A	Supravacina	15mg	Requiere teste	
B	Tetoxal	4mg	sembrar hipertermia	
C	Dioxoto	4mg	mediante injec	
D	Endoschona	8mg		
E	Dioxona	1mg		
F	Endoschona	10mg		
G				
GLICOSE LIQUIDOS				
NDCD			Cânula - Neso / Oro Faringe	
			Naso / Orotraqueal - Cega	
SANGUE			Bal - Tamp - Calibre do Tubo	
50,9%			Sob Míscara	
			Dificuldade Técnica	
TOTAL			TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO				
Osteotomia Abia - fratura exposta				
ANESTESIA		CÓDIGO	CIRURGIÃO	
Dra Ana Paula / Marcos R.			Dr Rogério / Pablo	
Laringe - Espasmo - Excesso Seco				
Dificuldade Respiratória - Hiper				
"Bucking" - Vômito				
Hemorragia - Arritmia				
Bradi Taquicardia - Choque				
PESSOA SANGUEIRA				

Dra. Ana Paula Thomé
Médica Anestesiologista
CRM-RR 1408

c) Ondulatores 87 +
Secreto 4mg (14)
7) Diphloous 7814
28/10 R.P.A.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DA
FRANCISCO OTACILIO DA COSTA		GT		04/10/19
TIPO		CIRURGIA		
TTO UMBILICO DE FRAT. GORDA DE TIPIA		TEMPO DE DURAÇÃO		
		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
		11:50	12:40	
CIRURGIÃO	EQUIPE MÉDICA			
1º AUXILIAR	ANESTESISTA:		2 ANA PAZ	
2º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:		2 MANOS.	
	INSTRUMENTADOR			
	CIRCULANTE			
TIPO DE ANESTESIA: RAIVA		MUNICION, TETO		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS
1	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml
	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO
1	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLNº
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº 20
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº
	LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
1	LÂMINA BISTURINº 11			FIO CATGUT SIMPLES Nº
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº
	SERINGA 01ML			SURGICEL
1	SERINGA03ML			CERA P/ OSSO
1	SERINGA05 ML			KIT CATARATANº
1	SERINGA 10ML		10ml	GEOFOAM
1	SERINGA20ML		10ml	FITA CARDIACA
1	CHATO		50ml	OUTROS: TAPIA
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE		
		- Bruno		
		- Melen		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA		
		JAN		
		MATERIAL MEDICAMENTOS		
		SUB- TOTAL		
		TAXA DE SALA		
		TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				



SAI - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENTENDIMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

NOME:

Ferreira, Carlos de Costa

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Data: 04.09.19

Reg. Idade: 64

Cirurgia: GT

Interno: () U.T.1

Interno: () U.T.2

Cirurgia Proposta: Prostata

Interno: () U.T.1

Interno: () U.T.2

Interno: () U.T.3

Interno: () U.T.4

Interno: () U.T.5

Interno: () U.T.6

Interno: () U.T.7

Interno: () U.T.8

Interno: () U.T.9

Interno: () U.T.10

Interno: () U.T.11

Interno: () U.T.12

Interno: () U.T.13

Interno: () U.T.14

Interno: () U.T.15

Interno: () U.T.16

Interno: () U.T.17

Interno: () U.T.18

Interno: () U.T.19

Interno: () U.T.20

TRANSOPERATÓRIO

Entrada na Sala: 11:35

Início da Cirurgia: 11:50

Início Anestesia: 11:40

Término Cirurgia: 12:14

Saida S.O.: 12:14

Realizada: 12:14

Localização: Prostata

Anestesia: Prostata

SRPA: Prostata

Localização: Prostata

Anestesia: Prostata

SRPA: Prostata

Localização: Prostata

Anestesia: Prostata

SRPA: Prostata

Localização: Prostata

Anestesia: Prostata

SRPA: Prostata

Localização: Prostata

Anestesia: Prostata

SRPA: Prostata

Localização: Prostata

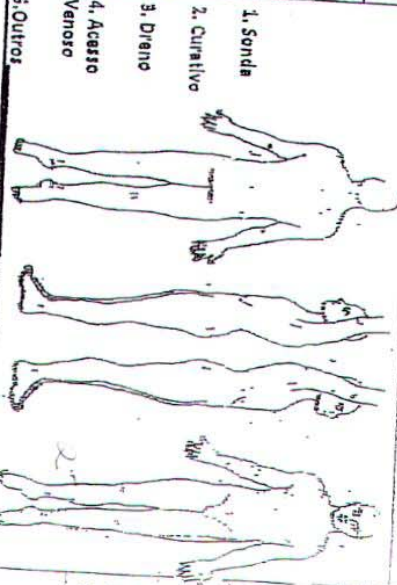
Anestesia: Prostata

SRPA: Prostata

Localização: Prostata

Anestesia: Prostata

Entrada	SAI	PA	SPO2
12:14	12:14	120	98



Entrada	SAI	PA	SPO2
12:14	12:14	120	98

Entrada	SAI	PA	SPO2
12:14	12:14	120	98

Entrada	SAI	PA	SPO2
12:14	12:14	120	98

ANESTESIA DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Fernando Otávio de Azevedo
Responsável: Intubação

ANESTESIA (Sala Pré-Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

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

RISCO CIRÚRGICO

- ☐ Aplica
- ☒ Não se Aplica

TIPO DE M. R. CAÍDO

- ☒ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUIDA

OXIMETRIA DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

- ☒ Não
- ☐ Sim
- Quant: _____

VIOLAÇÃO DE SEGURANÇA DE ASPIRAÇÃO

- ☒ Não
- ☐ Sim
- Quant: _____

RISCO DE FERRADA SANGÜÍNEA > 500 ml

- ☒ Não
- ☐ Sim
- Quant: _____

Assinatura: _____ Hora: _____

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista: Ane Paula

SAÍDA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

- ☒ Sim
- ☐ Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente
- ☒ Sítio cirúrgico
- ☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

REVISÃO DO CIRURGIÃO: Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PERFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

- ☐ Não se aplica
- ☐ Sim
- Quant: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

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:

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

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

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

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

- ☐ Sim
- ☒ Não

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

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não se Aplica

Assinatura e Carimbo

401-2

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HGR Hospital Geral de Roraima	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		Francisco Otacílio de Costa			
DIAGNÓSTICO		Fratura de tíbia exposta, requerimento			
ALERGIAS		NUNCA			
IDADE		HAS		NEGA	
IDADE		LEITO		DATA	
ITEM		PRESCRIÇÃO		HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE			SND	
2	AVP: SF0.9% 500ml 1x/dia	8/8 horas		16	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6h			13/06	
4	TILATIL 20mg 12/12hs			SND	
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N			SND	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			SND	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			SND	
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS			SND	
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			SND	
10	SSV + CCGG 6/6 H			SND	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG			SND	
14	CURATIVO DIÁRIO			SND	
15	Paracetamol 640 mg 1x ao dia			SND	
16	Clonazepam 0.5mg 1x ao dia			SND	
17	Clonazepam 0.5mg 1x ao dia			SND	
18	Clonazepam 0.5mg 1x ao dia			SND	
19				SND	
20				SND	
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

Para op de Cirurgia
NÃO há na farmácia, Tilatil,
clonazepam 40,

SINAIS VITAIS	PA	PR	T
6 H	140/90	76	36,1
12 H			
18 H			
24 H	130/90	78	36,3

18:00 PA= 129x78
FC= 97
TAX= 36.1

NIR

Bloco 0 teste
BHD - 401-2
Paulinho as 16:

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Caro 1908

Dr. Fabiano Balla
Educação física.

401-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		04/09/2018		DIH		DN 18/12/1953	
PACIENTE FRANCISCO OTACILIO DA COSTA							
AGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA							
ALERGIAS							
IDADE 64		HAS		DM2			
LEITO				DATA		05/09/2018	
ITEM				PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1				DIETA ORAL LIVRE			
2				AVP			
4				CEFALOTINA 1G EV 6/6H			
7				TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N			
8				PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			
9				DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N			
10				TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			
11				CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
12				SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			
13				OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O			
14				SSVV + CCGG 6/6 H			
15				CURATIVO DIÁRIO			
16				CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS			
17							
18							
19							
20							
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
COMUNICATIVO VERIFICADO
12 SET 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Batista, 484 - Boa Vista - RR

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 18511/RR

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	130/40	83	19	36,4°C
18 H	125/41	78	19	36,6°C
24 H	143/99	80	18	36,8°C

Dr. Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e Traumatologia

07as 13 - Administrada medicação conforme prescrição médica e aferido sinais vitais. Segue em cuidados da enfermagem.

Valdete de Almeida
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 96400

401
2

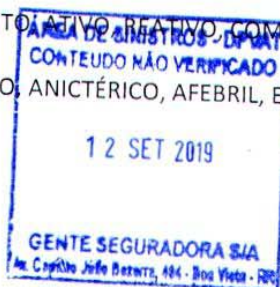
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						HGR	
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		04/09/2018		DIH	DN		18/12/1953
PACIENTE FRANCISCO OTACILIO DA COSTA							
AGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA							
ALERGIAS							
IDADE		64		HAS	DM2		
LEITO				DATA		06/09/2018	
PRESCRIÇÃO							
1	DIETA ORAL LIVRE						HORÁRIO
2	AVP						
4	CEFALOTINA 1G EV 6/6H						
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N						
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N						
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N						
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA						
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N						
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O						
14	SSVV + CCGG 6/6 H						
15	CURATIVO DIÁRIO						
16	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS						
17							
18							
19							
20							
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI ; 251-300: 4UI ; 301-350: 6UI ; 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO



Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1851/RR

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	130x90	95	19	36,2
18 H	130x90	86	20	36,6
24 H	140x100	92	20	36,6
6 H	150x90	90	20	36,7

Dr. Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

401-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	04/09/2018	DIH		DN	18/12/1953
PACIENTE	FRANCISCO OTACILIO DA COSTA				
AGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA				
ALERGIAS					
IDADE	64	HAS		DM2	
LEITO		DATA	07/09/2018		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	AVP				SN
4	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				SN
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				SN
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SN
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				SN
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SN
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O				SN
14	SSVV + CCGG 6/6 H				SN
15	CURATIVO DIÁRIO				SN
16	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS				SN
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI ; 251-300: 4UI ; 301-350: 6UI ; 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS				
6 H	120 PA 100	FC 80	FR 14	T 36°C
12 H	110/78	76		36.6°C
18 H	120/83	90		36.2°C
24 H	123/89	80	14	36°C

Dr. Odinachi Okemiri
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 1851/RR

Dr. Odinachi Okemiri
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia

401-2

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA																														
DATA DE ADMISSÃO	04/09/2018	DIH		DN	18/12/1953																									
PACIENTE	FRANCISCO OTACILIO DA COSTA																													
AGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA																													
ALERGIAS		HAS		DM2																										
IDADE	64	LEITO		DATA	08/09/2018																									
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO																									
1	DIETA ORAL LIVRE				S/N																									
2	AVP																													
4	CEFALOTINA 1G EV 6/6H																													
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N																													
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N																													
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N																													
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA																													
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG																													
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N																													
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O																													
14	SSVV + CCGG 6/6 H																													
15	CURATIVO DIÁRIO																													
16	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS																													
17																														
18																														
19																														
20																														
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI ; 251-300: 4UI ; 301-350: 6UI ; 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA																														
EVOLUÇÃO MÉDICA:																														
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES																														
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.																														
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO																														
08/09/2018 14:00 32 35,9°C 20mpm <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">SINAIS VITAIS</th> </tr> <tr> <th>6 H</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12 H</td> <td>142/91</td> <td>93</td> <td>36.2</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>130/90</td> <td>94</td> <td>36.7</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>130/80</td> <td>94</td> <td>35,6°C</td> <td>20mpm</td> </tr> </tbody> </table> Administrado item (9) às 22h.						SINAIS VITAIS					6 H	PA	FC	FR		12 H	142/91	93	36.2	20	18 H	130/90	94	36.7	20	24 H	130/80	94	35,6°C	20mpm
SINAIS VITAIS																														
6 H	PA	FC	FR																											
12 H	142/91	93	36.2	20																										
18 H	130/90	94	36.7	20																										
24 H	130/80	94	35,6°C	20mpm																										

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1351-RR

Dr. Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

Sarah Moraes Catarino
COREN-RR 907.560-ME

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		04/09/2018		DIH	
PACIENTE		FRANCISCO OTACILIO DA COSTA		DN 18/12/1953	
AGNÓSTICO		FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA			
ALERGIAS		HAS DM2			
IDADE		64		LEITO 401-2 DATA 09/09/2018	
ITEM		PRESCRIÇÃO			
1		DIETA ORAL LIVRE			
2		AVP			
4		CEFALOTINA 1G EV 6/6H			
7		TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N			
8		PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			
9		DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N			
10		TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			
11		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
12		SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			
13		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O			
14		SSVV + CCGG 6/6 H			
15		CURATIVO DIÁRIO			
16		CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS			
17					
18					
19					
20		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI ; 251-300: 4UI ; 301-350: 6UI ; 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

VOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	
12 H	130x90	88	20	36.3°C
18 H	130x80	100	18	36.5°C
24 H	160/80	103	19 mp	36.1°C

06h 100/60 101 19 mp 35.9°C

Adm.: Item 10 às 5h

tec Sarah Moraes Catatino
 COREN-RR 907.560-PE

Dr. Odinachi Okemiri
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 1851/RR

Dr Odinachi Okemiri
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO	04/09/2018	DIH	DN	18/12/1953
PACIENTE	FRANCISCO OTACILIO DA COSTA			
AGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA			
ALERGIAS				
IDADE	64	HAS	DM2	
LEITO	401-2	DATA	10/09/2018	
ITEM	PRESCRIÇÃO			
1	DIETA ORAL LIVRE	HORÁRIO		
2	AVP			
4	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N			
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N			
11	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
13	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			
14	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O			
15	SSVV + CCGG 6/6 H			
16	CURATIVO DIÁRIO			
17	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS			
18				
19				
20				
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVALUAÇÃO MÉDICA:				
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES				
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.				
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO				
SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	120/70	80	20	36,6
18 H	120/70	80	20	36,6
24 H	120/70	80	20	36,6
Dr. Odinachi Okemiri Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM: 14851/RR				

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	04/09/2018	DIH		DN	18/12/1953
PACIENTE	FRANCISCO OTACILIO DA COSTA				
AGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA				
ALERGIAS	HAS DM2				
IDADE	64	LEITO	401-2	DATA	11/09/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
4	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O				
14	SSV + CCGG 6/6 H				
15	CURATIVO DIÁRIO				
16	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS				
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES					
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.					
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO					
OBS: manteve presença do POI! 7/10/18					
Dr. Odinachi Okemiri Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM 1851-RR					
Dr. Odinachi Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia					
SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR		
12 H					
18 H					
24 H					

11-9



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERAT

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 11.09.18 O.S. _____

Francisco Otávio
na COSTA



DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura da tíbia (D)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: TTO cirúrgico

TIPO DE INTERVENÇÃO: Revisão osteossíntese TÍBIA + TTO crural

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: Ø

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: 0 lesão

CIRURGIÃO: Dr. Patrick 1º AUXILIAR: _____

2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: Dr. Uirapama ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- (1) Paciente em DM H 5013 plano anestesiado.
- (2) ANTISSEPSIA + ASSEPSIA + campo.
- (3) Dois pontos metálicos de fixação externo, reposição de fixação nos pontos de artroscopia de joelho.
- (4) Abertura da cápsula joelho em pontos, LMC + reposição de tecido resultante.
- (5) Sutura + curativo.
- (6) RPA.

Patrick Rabelo José
Ortopedista e Traumatologista
CRM/RR 1383 RQE 164

Max Souto Mator
Ortopedia e Traumatologia
Medicina do Trânsito
CRM-RR 695



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

Secretaria de Saúde

Francisco Otacilia Costa 65a.

FICHA DE ANESTESIA

11/03/18

Nega HPP

Nega Alergia.

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

AGENTES	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
02	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
LÍQUIDOS VENOSOS	A	M	S	D	P	20						
DA	240	220	200	180	160	140	120	100	80	60	40	20
X	240	220	200	180	160	140	120	100	80	60	40	20
USO	240	220	200	180	160	140	120	100	80	60	40	20
Q	240	220	200	180	160	140	120	100	80	60	40	20
ANES	240	220	200	180	160	140	120	100	80	60	40	20
X	240	220	200	180	160	140	120	100	80	60	40	20
OP	240	220	200	180	160	140	120	100	80	60	40	20
D	240	220	200	180	160	140	120	100	80	60	40	20
ASPIR.	240	220	200	180	160	140	120	100	80	60	40	20
A	240	220	200	180	160	140	120	100	80	60	40	20
RESP	240	220	200	180	160	140	120	100	80	60	40	20
O	240	220	200	180	160	140	120	100	80	60	40	20
Expost	240	220	200	180	160	140	120	100	80	60	40	20
Assist	240	220	200	180	160	140	120	100	80	60	40	20
Contro	240	220	200	180	160	140	120	100	80	60	40	20

SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A Fentanyl		RAQUIANESTESIA Pl mediana	4 - CHECK LIST Anest. OK.
B Midazolam		1 Agulha 27 G em L3-L4	MONITOR: SpO2, FC, PA, etc.
C Bupivacaina Hiperb 0,5% 20		tentativa	① AUP ② CN O2 2 l/min
D		Ventilação espontânea	③ Sedação Fentanyl 50 mcg.
E		CI O2 suplementar	Midazolam 2,5 mg.
F			④ RAQUIANESTESIA: Bupivacaina Hiperb. 20
G			⑤ Opióide trans br ③ Efe dr. em 5
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faríngea	⑥ Cetoprofeno 100
NDCC		Naso / Orofaringeal - Cego	
SANGUE		Est. - Tempo - Calibre do Tubo	
		Sob Mascar	
		Dificuldade Técnica	
SF 0,9% 1500 ml			
TOTAL 1500 ml		TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO Manipulação + Limpeza de fixador			
externa da tibia ①			
ANESTESIA	CÓDIGO	CRURGIA	PESSOA SANGUÍNEA
Dr. Ubirajara		Dr. Patrick / Dr. Max	Minima
Dr. BAUN			



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Francisco Otacilio da Costa		401 02		11 / 09 / 2018	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Manipulação e limpeza de F.E em Fibra (D)		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		08:20	08:50		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:		Dr. Ubirajara		
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:		Dr. (R1) Bruno		
Dr. (R2) Marciano		INSTRUMENTADOR			
2º AUXILIAR	CIRCULANTE		Zyeny e Bahie		
TIPO DE ANESTESIA: Geral		TEMPO DE DURAÇÃO: 1			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		☐	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500 ml	
2	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
7	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLNº	
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº 3.0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
12	LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURINº 11			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
7	SERINGA 05 ML		100 ml	KIT CATARATAS	
7	SERINGA 10ML		100 ml	GEFOAM	
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
1	Agulha 21 mm		☒	OUTROS: Glândulas	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
			SUB- TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
			TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

SAI - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRURGICO/SRPA

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANESTESIA DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome: Francisco Oliveira Neto
Responsável: Dr. Vitorino

Anestesiista: Dr. Vitorino

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

ENTRADA (Sala Pré-Anestésica)

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

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

RISCO CIRÚRGICO

☐ Aplicar ☐ Não se Aplica

RISCO DECONTAMINADO

☐ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

☐ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUIR

☐ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA
☐ Não ☐ Sim, Qual: _____

GLA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☐ Não

☐ Sim, e equipamento/anestésico disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☐ Não

☐ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Então: _____ Assinatura _____ Hora: _____

CIRURGIA, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

☒ Identificação do paciente

☒ Sítio cirúrgico

☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRÚRGIO:

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

A PROFIAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Não se aplica

☐ Sim,

Qual: _____

Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim

☐ Não se aplica

SAÍDA (Sala Pós-Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO ☐ Sim ☐ Não

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

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

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO ☐ Sim ☒ Não

☐ O CIRÚRGIO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTES PACIENTES ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Bruno Brandão Costa
Enfermeiro
Assinatura e Carimbo

P.O.I.

401
2

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		FRANCISCO OTAGUIO NA COSTA			
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		DATA	
ITEM		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SALD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				12h, 18h, 24h
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				12h, 24h
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				12h, 18h, 24h
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Bolus
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIARIO				manhã
15	CLONIDINA 0.2mg EV 6/6h				12h, 18h, 24h
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				Dr. Marcus Brunner
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				Médico Residente
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%				Ortopedia e Traumatologia
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				CRM 10177/RR

EVOLUÇÃO MÉDICA: Enfermeira:

Paciente retornou do ce, acordado, lott, meg, sem queixas algicas e/ou de desconforto. Tratamento local. *Triflaxina*

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

SINAIS VITAIS	6 H	12 H	18 H	24 H
	140/82 96 36.2 19	130/90 90 36 16	130/90 91 36 16	130/88 85 36.6 16

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

07 as 13h. paciente no leito. medicado e aferido SSVV. feto novo RUP peso 20 mte - Tac entebro

4012



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	04/09/2018	DIH		DN	18/12/1953
PACIENTE	FRANCISCO OTACILIO DA COSTA				
AGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA				
ALERGIAS					
IDADE	64	HAS	DM2		
LEITO	401-2	DATA	12/09/2018		

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	AVP	
4	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O	
14	SSVV + CCGG 6/6 H	
15	CURATIVO DIÁRIO	
16	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS	
17		
18		
19		
20		
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI ; 251-300: 4UI ; 301-350: 6UI ; 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

FIM DE DIABÉTICOS - DATA

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

12 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1851/RR

Dr. Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e Traumatologia

11/9 Alta Hospitalar

401 - 2



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Francisco Ozielio Da Costa 64 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 04 09 18, COM
DIAGNÓSTICO DE Fratura Exposta De Tibia (E)

NO DIA 09 18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Manipulação Fechada Externa + Tratament Longuo SENDO
OPERADO PELO DR. Patrick E DR. Max

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 12 09 18, AS 12,00hrs, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 27 09 18, AS 14,00hrs, COM O
DR. Manoel

ORIENTAÇÕES GERAIS:

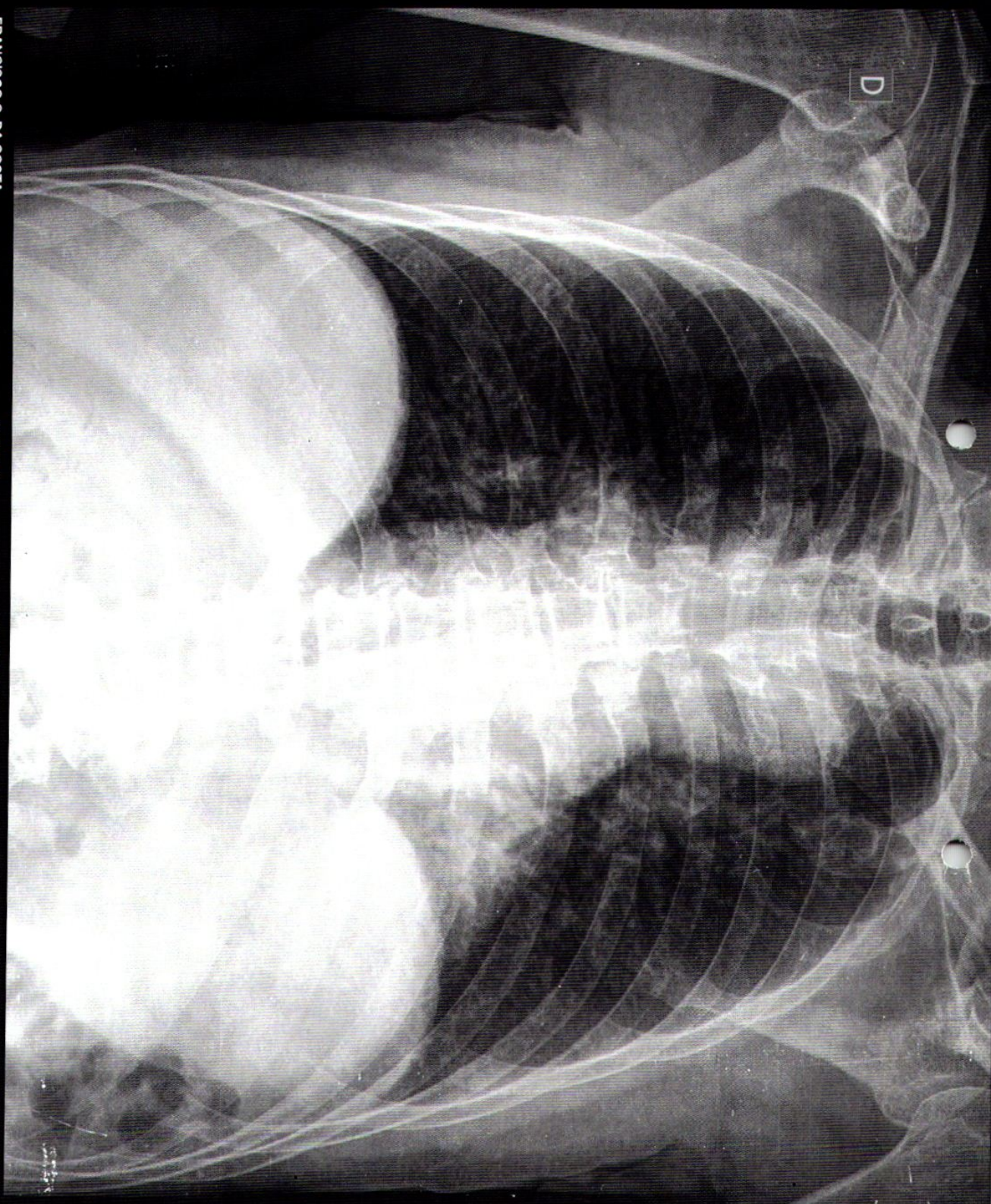
- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Aranda

BOA VISTA, 12 09 18

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

MÉDICO



FRANCISCO O. DA COSTA

BLD 401-2

5/9/2018 14:35:52

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

70.3 %



71.3 %

, FRANCISCO O. DA COSTA

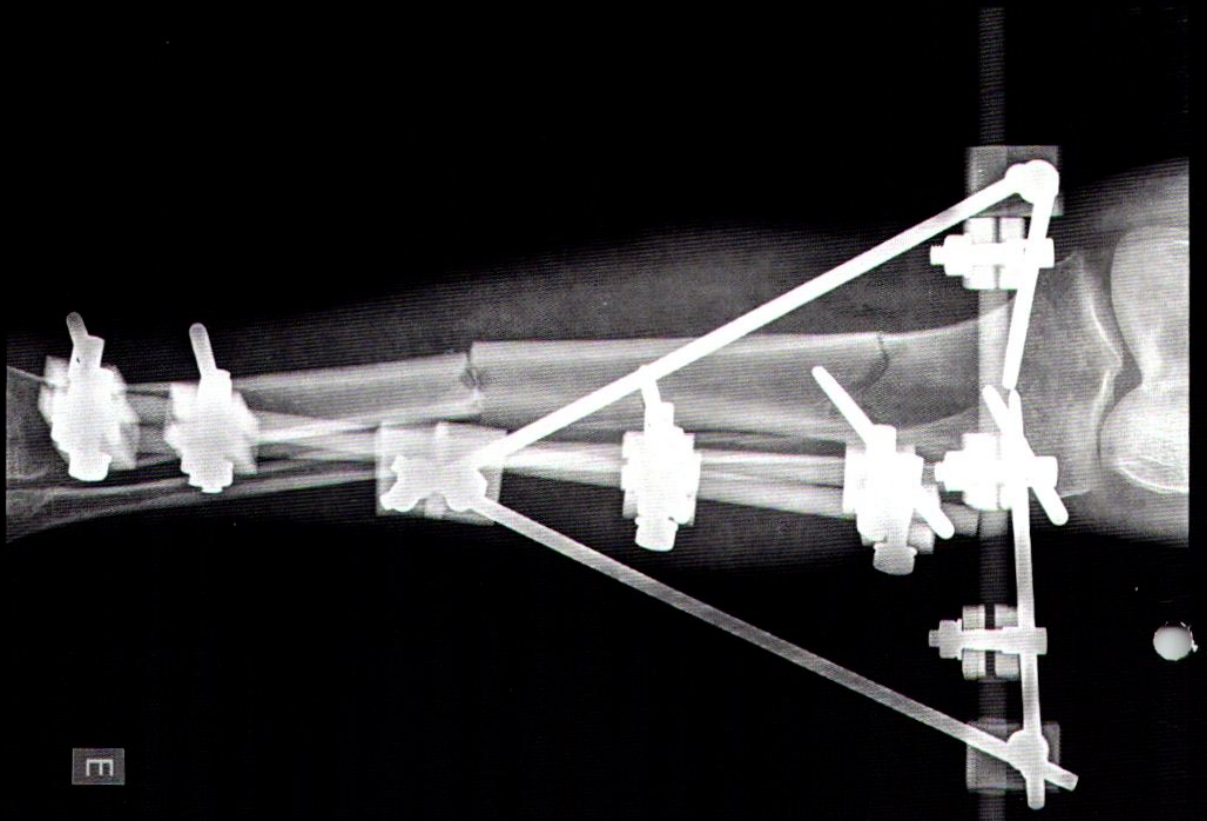
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

5/9/2018 14:35:52

BL/D 401-2

61.2 %

5/9/2018 14:35:52

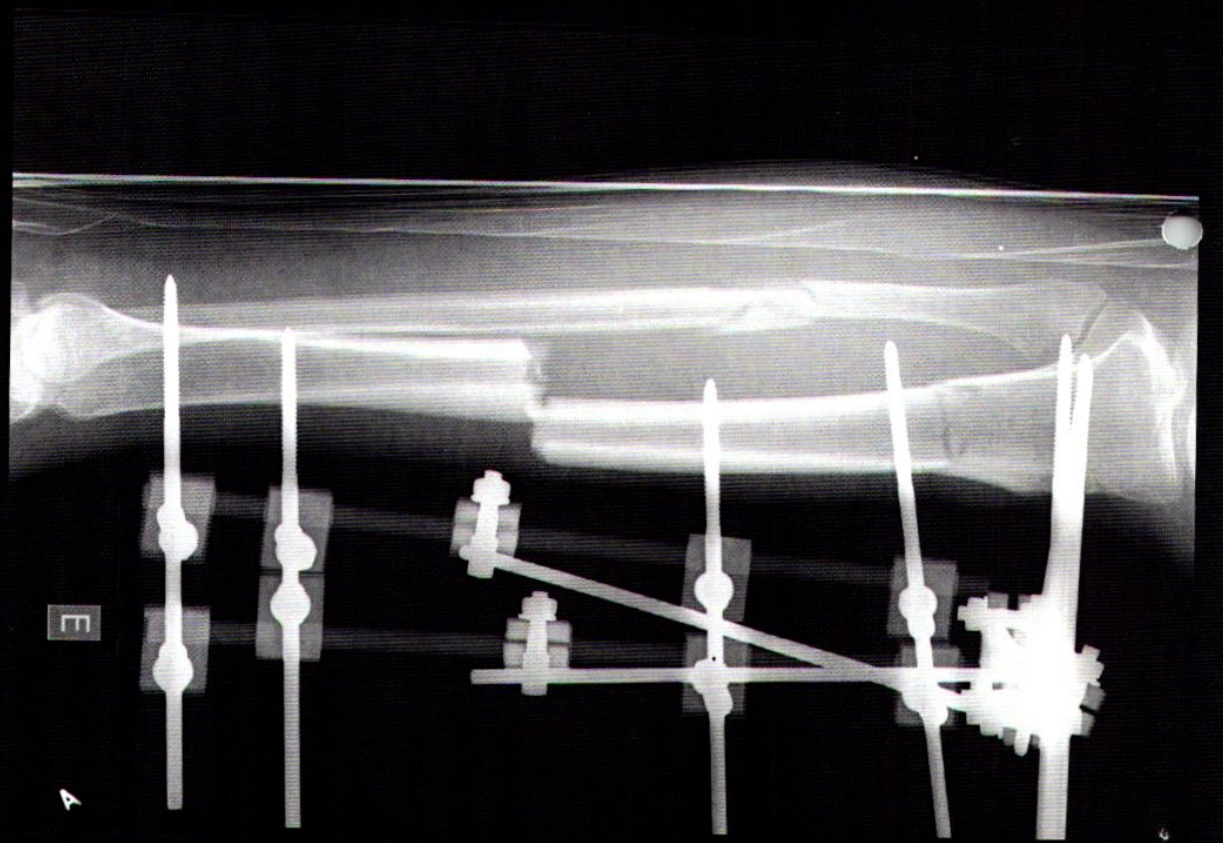


37.7 %
5/9/2018 14:35:52

, FRANCISCO O. DA COSTA

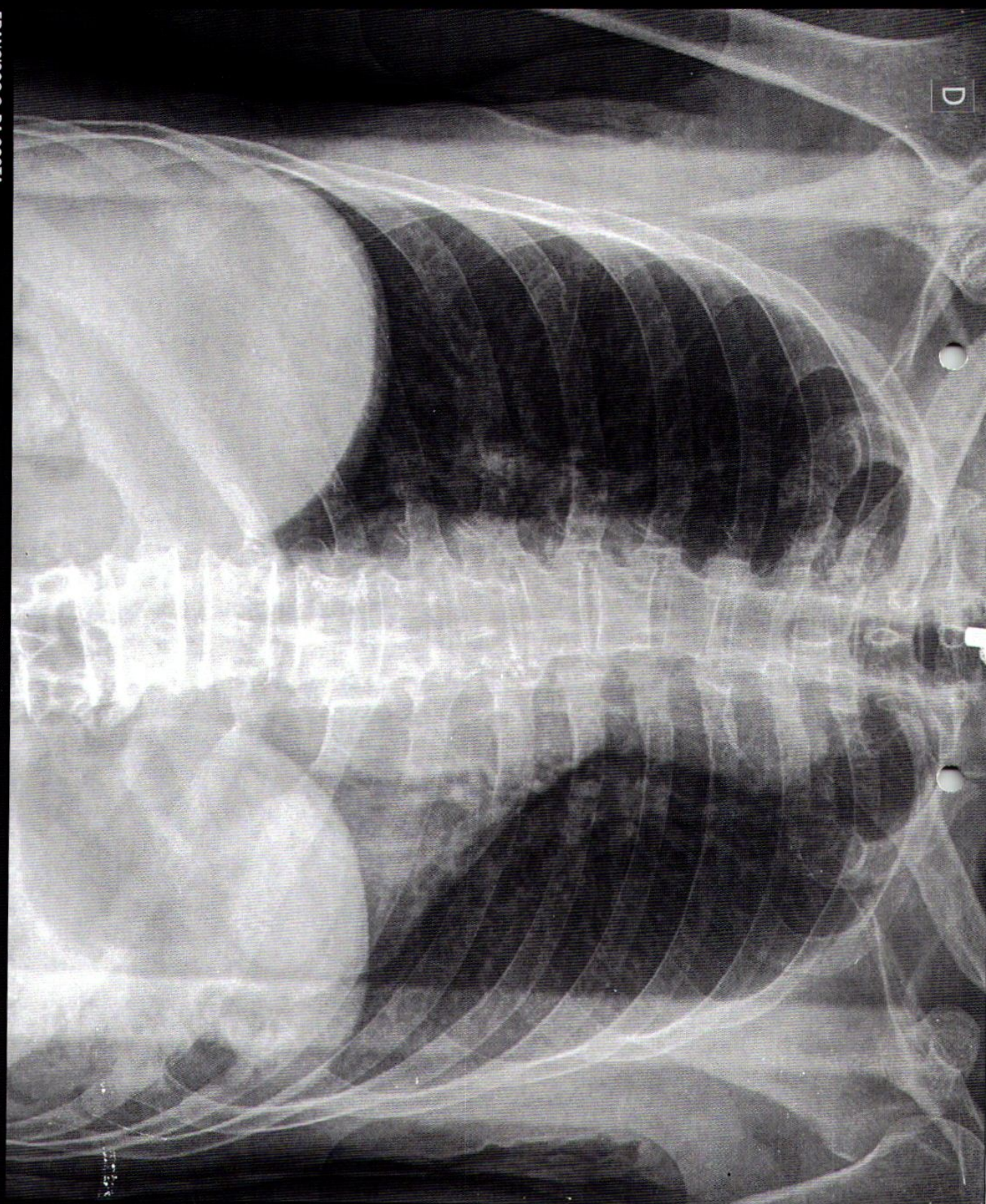
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

BL/D 401-2



37.8 %

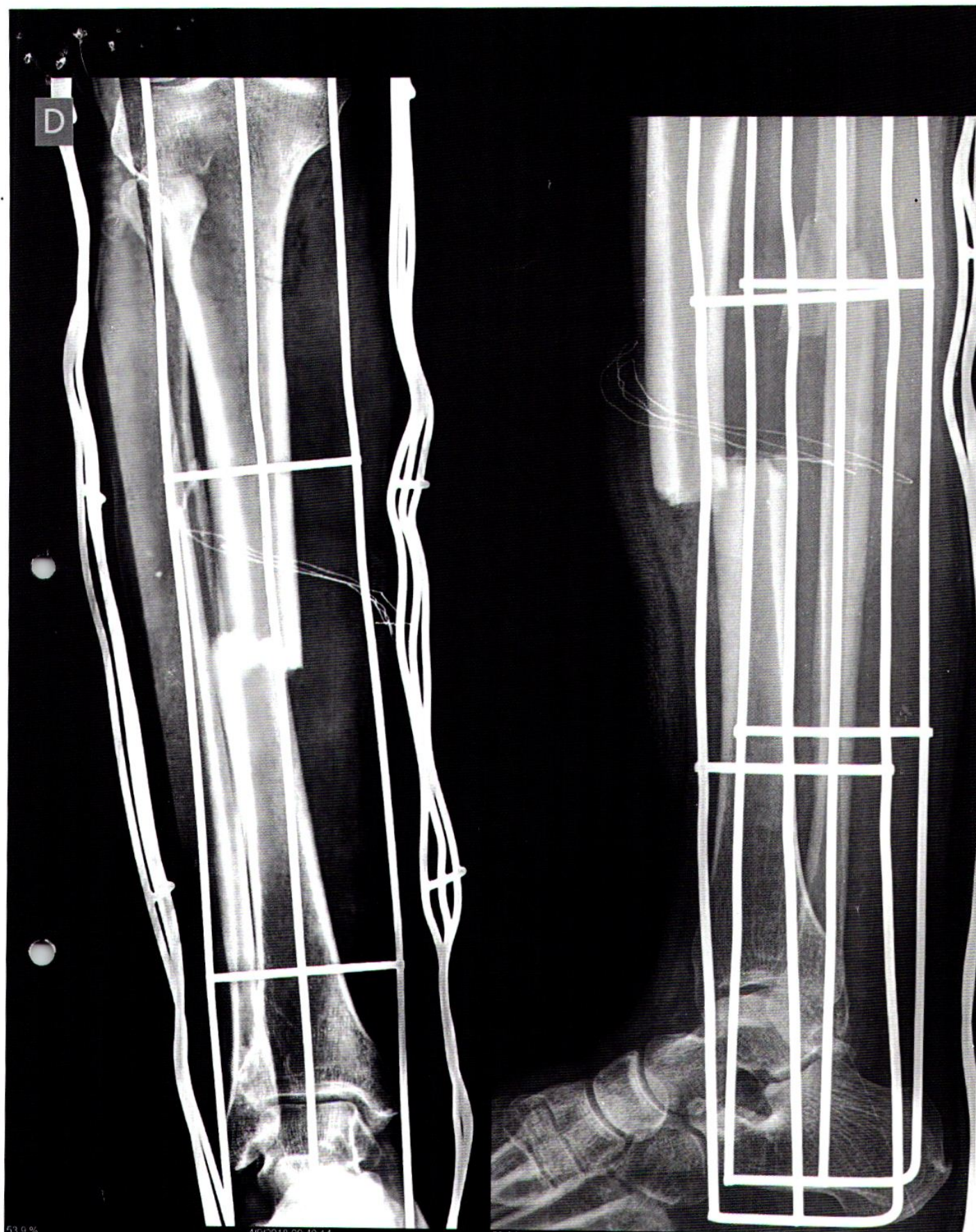
5/9/2018 14:35:52



FRANCISCO O. DA COSTA,
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR QUEIMSON / ED FRANCILENE

4/9/2018 09:40:14
70.3 %



53.9 %

4/9/2018 09:40:14

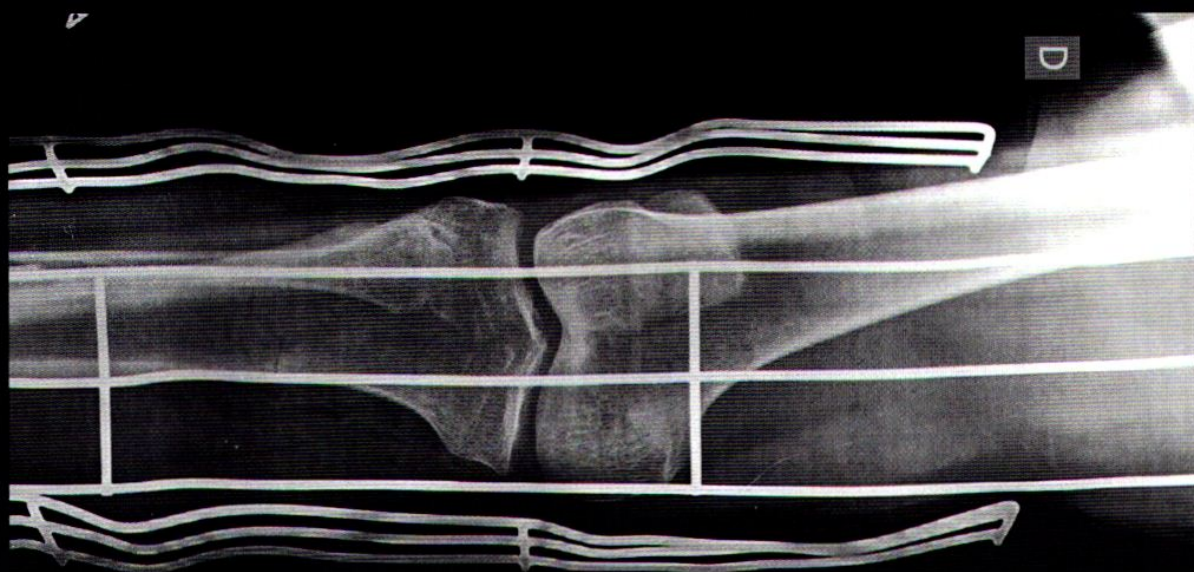
59.6 %

4/9/2018 09:40:14

FRANCISCO O. DA COSTA ,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. QUEIMSON / ED. FRANCILENE

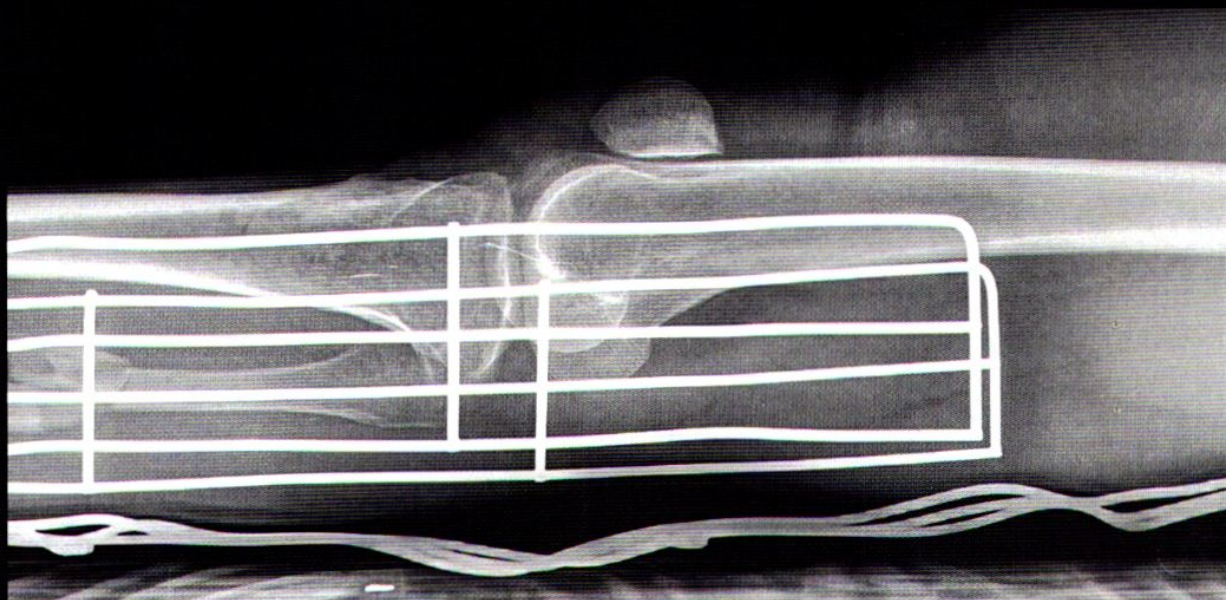


46.6 %

4/9/2019 09:40:14

FRANCISCO O. DA COSTA,

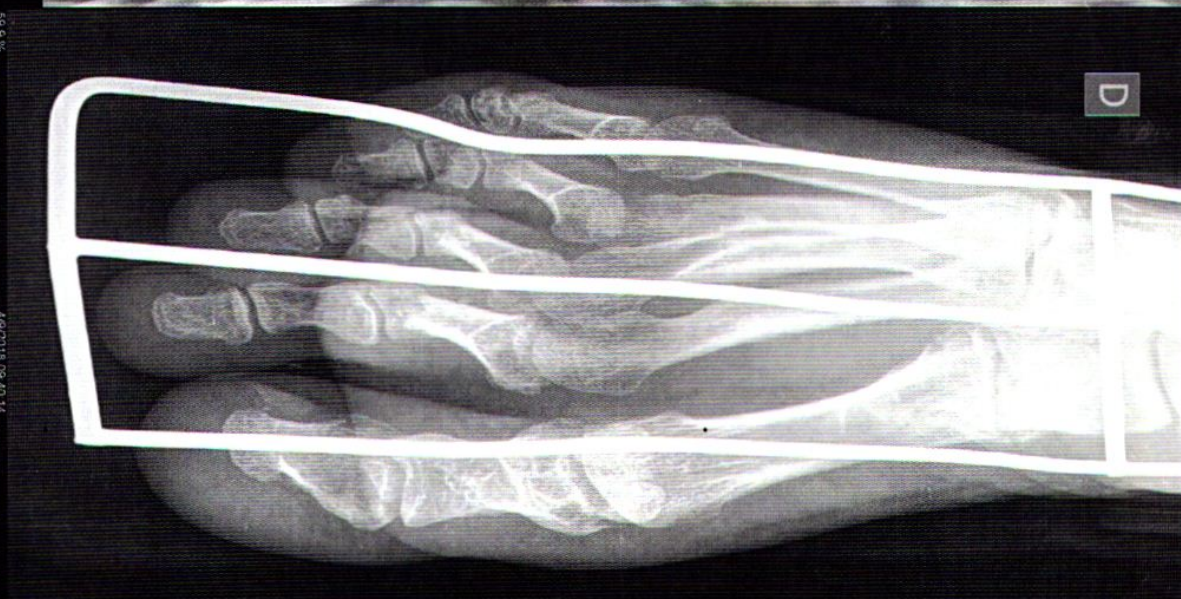
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



43.1 %

4/9/2019 09:40:14

TR. QUEIMADON/ED. FRANCILENE



59.9 %

4/9/2019 09:40:14



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

Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190528941

Vítima: FRANCISCO OTACILIO DA COSTA

Data do Acidente: 04/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RONALDO DE SOUZA COSTA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO OTACILIO DA COSTA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT , com preenchimento completo e sem rasuras, com assinatura a rogo de pessoa indicada pela vítima/beneficiário não alfabetizado e de 02 (duas) testemunhas, com a impressão digital do não alfabetizado, pois o entregue não atende a essas orientações. O formulário e maiores informações estão disponíveis em nosso site.
Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", disponível em nosso site, devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML, pois no entregue não foi assinalada uma das opções.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 0057100572 - carta_03 - INVALIDEZ
00020286

Carta nº 14775767

Seguradora		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE			
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	240.0651132-91	FRANCISCO OTACILIO DA COSTA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo:		6 - CPF:	
FRANCISCO OTACILIO DA COSTA		240065132-91	
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
DESCADOR	RUA: CAMPINAS	1231	CASA
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
NOVA CIDADE	BOA VISTA	PR	69316-182
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD):	
emolodo.costa2010@bol.com.br		959915-0318	
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR			
17 - Nome completo do Representante Legal:			
18 - CPF do Representante Legal:		19 - Profissão do Representante Legal:	
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:			
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00			
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00			
21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)			
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA: 3029 013		CONTA: 00034513 3	
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			
Nome do BANCO: _____			
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____			
(Informar o dígito se existir)			
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso devido a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.			
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE			
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):			
☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou			
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou			
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias.			
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.			
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE			
23 - Estado civil da vítima:		24 - Data do óbito da vítima:	
☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a):	
		☐ Sim ☐ Não	
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos?		29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	
☐ Sim ☐ Não		☐ Sim ☐ Não	
30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?		31 - Vítima teve irmãos?	
☐ Sim ☐ Não		☐ Sim ☐ Não	
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:		33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	
☐ Sim ☐ Não		☐ Sim ☐ Não	
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.			
34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário		38 - 1ª Nome: claudson daniel de Anaijo maura	
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido		CPF: 027.266.282-81	
240.0651132-91		claudson daniel de Anaijo maura	
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido		Assinatura da testemunha	
027.266.282-81		39 - 2ª Nome: Tuane Keize Barbosa de Figueira	
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido		CPF: 019.612.252-64	
		Tuane Keize	
		Assinatura da testemunha	
40 - Local e Data, Boa Vista/PR 09 de setembro 2019		RECONHECIMENTO/AUTENTICAÇÃO	
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		DANIEL AQUINO NO VERSO	
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)		43 - Assinatura do Procurador (se houver)	



VALDENOR GOMES
ADVOCACIA E CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

OUTORGANTE: FRANCISCO OTACILIO DA COSTA, brasileiro, solteiro, pescador, portador Cédula de Identidade RG 3803694 SSP/RR, CPF 240.065.132-91, residente e domiciliada na Rua Campinas, Nº 1231, Bairro Nova Cidade, Município de Boa vista - RR.

Declaro para os devidos fins Legais que sou hipossuficiente financeiramente na forma da lei (Lei nº 1.060/50, artigo 5º parágrafo 4º) não dispondo de recursos ou condições para arcar com as despesas e custas processuais sem prejuízo ao meu próprio sustento e de minha família.

Por este motivo, suplico a vossa excelência, que se digne em conceder os benefícios da justiça gratuita, tudo de conformidade com artigo 1º, Lei nº 5478, de 25 de julho de 1968.

Pelo qual firmo a presente declaração ciente de todas as condições legais.

Boa Vista – RR, 16 de julho de 2019.

FRANCISCO OTACILIO DA COSTA

Williames Thonatas do Araújo Novaes
CPF: 019.868.542.48
RG: 358149-7

 PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE	
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima: 240.0651132-91
4 - Nome completo da vítima: FRANCISCO OTACILIO DA COSTA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012	
5 - Nome completo: FRANCISCO OTACILIO DA COSTA	
6 - CPF: 240065132-91	
7 - Profissão: PESCADOR	8 - Endereço: RUA CAMPINAS
9 - Número: 1231	10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: NOVA CIDADE	12 - Cidade: BOA VISTA
13 - Estado: RR	14 - CEP: 69316-182
15 - E-mail: emolodo.costa2010@gmail.com.br	16 - Tel. (DDD): 9599115-0318
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR	
17 - Nome completo do Representante Legal:	
18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).	
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00	
21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)	
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO:	
AGÊNCIA: 3029	CONTA: 00039513
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso devido, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.	
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE	
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):	
☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias.	
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.	
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE	
23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	
24 - Data do óbito da vítima:	
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:
30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não	31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não	
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.	
34 - Imprensa digital da vítima ou beneficiário: FRANCISCO OTACILIO DA COSTA	
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: FRANCISCO OTACILIO DA COSTA	
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 240.0651132-91	
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	
38 - 1ª Nome: Anderson Daniel de Araújo Meme	
CPF: 022.266.282-81	
Assinatura da testemunha: Anderson Daniel de Araújo Meme	
39 - 2ª Nome: Tuarne Keize Barbosa de Farias	
CPF: 019.612.252-64	
Assinatura da testemunha: Tuarne Keize	
40 - Local e Data: Boa Vista/RR 09 de setembro 2019	
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	
43 - Assinatura do Procurador (se houver)	

