

PROCURAÇÃO

Outorgante: Sr. **SILMAR COSTA DA SILVA**, Brasileiro, Solteiro, Desempregado, portador da carteira de identidade nº 244598 SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 617.514.482-15, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Ruth Pinheiro, nº 1030, Bairro: Tancredo Neves, CEP: 69.313-512, Tel. (95) 99172-8058 / 98802-3408

Outorgados: Bel. **EDSON SILVA SANTIAGO**, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR sob o nº 619, e **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, 7 de novembro de 2019.


SILMAR COSTA DA SILVA



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EMISSÃO: 30/05/2019

244598

SILMAR COSTA DA SILVA

FRANCISCO CONCEIÇÃO DA SILVA
RAIMUNDA COSTA DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 12/08/1975

ÓBIDOS - PA

CERTID. NASC. 7688 FLS 90 LIV A-10

ÓBIDOS-PA

617.514.482-15

2ª VIA

ANADEU ROCHA TRIANI
Partido Republicano da UFPA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P97

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Polegar Direito

Silmar Costa da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Pelo presente instrumento particular e na melhor forma de direito, eu **SILMAR COSTA DA SILVA**, Brasileiro, Solteiro, Desempregado, portador da carteira de identidade nº 244598 SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 617.514.482-15. **DECLARO** para os devidos fins de comprovação e direitos legais, que resido nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Ruth Pinheiro, nº 1030, Bairro: Tancredo Neves, CEP: 69.313-512.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente sob as penas da lei, tendo pleno conhecimento de que constitui em crime capitulado no código penal, fazer declaração falsa, com o fim de criar obrigações e alterar a verdade sob os fatos juridicamente relevantes.

Boa Vista/RR, 7 de novembro de 2019.

Silmar Costa da Silva

Declarante

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, **SILMAR COSTA DA SILVA**, Brasileiro, Solteiro, Desempregado, portador da carteira de identidade nº 244598 SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 617.514.482-15, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Ruth Pinheiro, nº 1030, Bairro: Tancredo Neves, CEP: 69.313-512.

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, 7 de novembro de 2019.

Silmar Costa da Silva
SILMAR COSTA DA SILVA

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 133/2019/DAT - Boa Vista-RR, em 02/09//2019

COMUNICANTE: SILMAR COSTA DA SILVA

RG: 244598

O. EXP.: SSP/RR

CPF: 617514482-15

ENDEREÇO: RUA – RUTH PINHEIRO, 1030

BAIRRO: TANCREDO NEVES

CIDADE: BOA VISTA - RR

SEXO: MASCULINO

PROFISSÃO: AGRICULTOR

NATURALIDADE: ÓBIDOS

ESTADO: PA

DATA DE NASCIMENTO: 12/03/1975 IDADE: 44 ANOS GRAU DE INSTRUÇÃO: 1º GRAU INCOMPLETO

ESTADO CIVIL: UNIÃO ESTAVEL

TELEFONE: 991728558

Nº REG. CNH: NÃO POSSUI

NOME DO PAI: FRANCISCO CONCEIÇÃO DA SILVA

NOME DA MÃE: RAIVUNDA COSTA DA SILVA

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às **08h50min** do dia **06/04/2019**,
AVENIDA – NOSSA SENHORA DE NAZARÉ - CAIMBÉ.

O comunicante acima qualificado compareceu nesta Delegacia para relatar que transitava no endereço acima supracitado conduzindo **HONDA/CG 125 ESD, Placa NAU 7628, Ano 2014/2014, Chassi 9C2JC4160ER029130** de propriedade do Senhor **WELLINGTON MARTINS DA SILVA**; Que o comunicante informa que estacionou em frente uma padaria no endereço acima citado, quando foi atingido na Lateral esquerda por uma **MOTOCICLETA BIZ** da qual o comunicante não sabe informar dados, pois o mesmo se evadiu do local; Que o comunicante foi socorrido por populares, em seguida levado para o HGR; Que em decorrência do Acidente o comunicante teve (**FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO**); Que o motivo do BO é para fins de **SEGURO DPVAT**. É o relato.

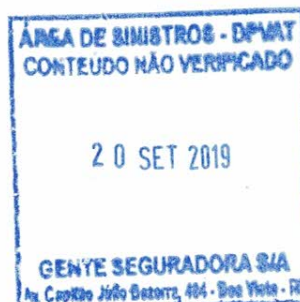
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRANSITO COM LESÃO CORPORAL
OBSERV

Silmar Costa da Silva

SILMAR COSTA DA SILVA

Comunicante

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



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



 AGENTE CARACERÁRIO DE POLICIA CIVIL Givanildo da Silva Vieira Mat. 042000855	
--	-------------------------



06/04/2019

Guia de Atendimento 17

Edson Silva Santiago

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.

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

1901093975 06/04/2019 09:46:18 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 51

Paciente: **SILMAR COSTA DA SILVA** Data Nascimento: **12/08/1975** Idade: **43 A 7 M 25 D** CNS: **898003286813232** CPF: **61751448215**
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor: **SSPRR** Data Emissão: **11/06/2012** Sexo: **M** Estado Civil: **SOLTEIRO** Raça/Cor: **APARDA** Naturalidade: **OBIDOS - PA** Nacionalidade: **BRASILEIRA**
Mãe: **RAIMUNDA COSTA DA SILVA** Pai: **FRANCISCO CONCEICAO DA SILVA** Contato: **(95) 91127-824**
Endereço: **RUA - RUTH PINHEIRO - 1030 - TANCREDO NEVES - BOA VISTA - RR** Ocupação: **NÃO INFORMADA**

Class. de Risco: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** Plano Convênio: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira: **URGÊNCIA** Validade: **DEMANDA ESPONTANEA**
Motivo do Atendimento: **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento: **URGÊNCIA** Profissional do Atend.: **Procedimento Sol.** Procedência: **Temp.** Registro por: **RICARDO PEREIRA**
Sektor: **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada: **DEMANDA ESPONTANEA** Peso: **Pressão**

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

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

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

*Pule com história de acidente automobilístico motorizado
trazido por familiares, se ferido de cabeça
e MTE. Glasgow 15.
Edema - pelo*

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO

*1) Difenidramina 25mg (5) 1/57
2) Tioridazina 20mg (5) (NT)*

10 Horas

Paulo Viegas
Emergência Geral
CRM-RR 1795

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 SET 2019

Conduta: ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☐ Transferência para: ☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: ricardo.pereira
Data / Hora: 06/04/2019 09:50:23

1901093975



6/4/19 Paciente # Ortopedia Dr. Augusto
paciente relatando acidente com material
com lesão contusa em joelho E
Ao Exorl examinado em alguns
radiol de tuberculose tibia E
com extenso e dor a palpacao
Rx: fratura do platô tibia E
CD: Solito TC do platô tibia
Shatzker I.
C/2 Tolo igna mobilidade,
instabilidade

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1964

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

20 SET 2019

GENE SEGURODORA S/A
Av. Capitão João Batista, 404 - Boa Vista - RP

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

20 SET 2019

GENE SEGURODORA S/A

BLOCO D

ANEXO

Evadiao 24/04/19

SUS

Sistema Ministério
Único de da
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

BLOCO D

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

572238

9 - SEXO

Masc.

Fem.

3

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CI

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente repete acidente com motocicleta
rependido do em joelho E.
Do R2 apresenta quadro de
plac + abd. E Shock T

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As Acima

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

Exame físico e R2

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÍMBOLO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SE CUPA

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORÇÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

030801 001975023

✓ 295

4



SOLICITAÇÃO DE PARECER

Paciente: SILMAR COSTA DA SILVA

Idade: 43 anos

Data de Nascimento: 12/08/1975

Data da Internação (HGR): 06/04/2019

Data da Internação (Bloco D):

BLOCO: D

Leito: 409--1

De: Ortopedia

Para: Cardiologista

Paciente feminina de 43 anos de idade, aguardando programação cirúrgica por fratura de pilão tibial esquerdo.

Favor Risco Cirúrgico

Grato

12/04/2019

DR. ODINEIA OKENITI
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM 1881/RB

15/09/2019 por Rodofo

Paciente não internado -
seu ocupado por outro paciente

ÁREA DE SINISTROS - DEPAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 SET 2019

GENYE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Baptista, 404 - São João - RR

Juan Ferreira de Sousa
Médico
CRM-RR 182



409-1



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



DATA DE ADMISSÃO	06/04/2019	DIH	DN	12/08/1975
PACIENTE	SILMAR COSTA DA SILVA			
AGNÓSTICO	FRATURA DE PILAO TIBIAL ESQUERDA			
ALERGIAS				
IDADE	43	HAS	DM2	
LEITO	409-1	DATA	13/04/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			
2	AVP			
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N			
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 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			
13	CURATIVO DIÁRIO			
14	SSVV + CCGG 6/6 H			
15				
16				
17				
18				
19				
20				
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO				
GENE SEGURODORA S/A Av. Capitão João Dantas, 404 - Boa Vista - RR				
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
CONDUTA; MANTIDA

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

Dr. Odinachi Okeni
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1951/RR



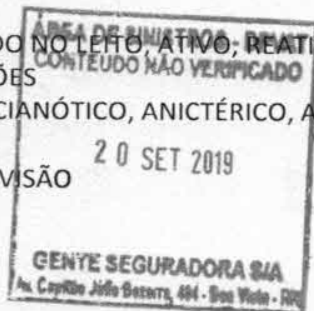
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO	06/04/2019	DIH		DN	12/08/1975
PACIENTE	SILMAR COSTA DA SILVA				
AGNÓSTICO	FRATURA DE PILAO TIBIAL ESQUERDA				
ALERGIAS					
IDADE	43	HAS		DM2	
		LEITO	409-1	DATA	14/04/2019
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				
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 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				
15					
16					
17					
18					
19					
20					
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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



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

Dr. Odinaci Okenari
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1851/R

03/03/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arg: PRONTUARIO MEDICO DO HOSPITAL

IN ~~CORRIDOR~~ 46

409
1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA																																		
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA																																		
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																																		
PRESCRIÇÃO MÉDICA																																		
DATA DE ADMISSÃO			DIH		DN		12/08/1975																											
PACIENTE			SILMAR COSTA DA SILVA																															
AGNÓSTICO			FX PILAO TIBIAL E																															
ALERGIAS			NEGA		HAS		NÃO		DM2																									
IDADE			43		LEITO		409-1		DATA																									
ITEM									12/04/2019																									
1			DIETA ORAL LIVRE						HORÁRIO																									
2			SF0,9% 500ML(S/N) EV						500																									
5			DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS OU VO 500MG 6/6HR						12/08/2019																									
6			TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA						12/08/2019																									
7			PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)						12/08/2019																									
8			CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						12/08/2019																									
9			SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)						12/08/2019																									
10			CURATIVO DIÁRIO						12/08/2019																									
11			SSVV + CCGG 6/6 H						12/08/2019																									
12			MORFINA 10 MG + 9AD- 4ML EV 6/6 HS(N) (NA FALTA DO TEM 6)						12/08/2019																									
13									12/08/2019																									
14									12/08/2019																									
16									12/08/2019																									
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA																																		
EVOLUÇÃO MÉDICA:																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>SINAIS V</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> <th>TEMP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>112H</td> <td>465/88</td> <td>81</td> <td>17</td> <td>38.1</td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	6 H					112H	465/88	81	17	38.1	18 H					24 H				
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP																														
6 H																																		
112H	465/88	81	17	38.1																														
18 H																																		
24 H																																		
Dr. Marcos Aguiar Médico CRM-RR 1995																																		

AO BLOCO



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F			
Bloco:	Data:	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo:	DN: / /	Sexo:	() F () M
Hipótese Diagnóstica:			
Isolamento ou Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos			
Alergia: () Sim () Não Qual (is):			
Necessidade de intérprete? () Sim () Não Qual idioma:			
Possui acompanhante: () Sim () Não Obs:			
Deambulação: () Normal () Sem deambulação () Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante			
SISTEMA NEUROLÓGICO () Consciente () Orientado () Desorientado () Sedado () Torporoso () Comatoso () Agitado () Reage a estímulos () Não reage		SISTEMA CARDIOVASCULAR () Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico BC: _____ () Normotenso () Hipotenso () Hipertenso PA: _____ () Pulso cheio () Filiforme () Arritmico Pulso: _____	
PUPILAS () Fotorreagente () Mióticas () Midríaticas () Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL () VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT () NPT Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia () Normal () Diarreia () Constipação () Melenas Flatos: () Presente () Ausente	
REGULAÇÃO TÉRMICA () Afebril () Hipotérmico () Hipertérmico () Febril () Febre () Pirexia () Hiperpirexia		REGULAÇÃO ABDOMINAL () Normotenso () Distendido () Globoso () Flácido () Ascítico () Maciço () Timpânico Ruídos Hidroaéreos: () Presente () Ausente Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não	
CARACTERÍSTICAS DA PELE () Hidratada () Desidratada () Ressecada () Normocorada () Hipocorada () Hiperacorada () Anictérica () Ictérica () Cianótica () Acianótica () Edema Local: _____ Úlcera por pressão: () Sim () Não Região: _____ Curativo realizado: () Sim () Não FO: () SIM () NÃO		SISTEMA URINÁRIO / DIURESE () Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria () Poliúria () Disúria () Colúria () Hematúria () Cistostomia () Irrigação contínua () Uropen	
SISTEMA RESPIRATÓRIO () Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual: _____			
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____ Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____ Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não Sondas: () Sim () Não () SNG () SOG () SNE () SOE () GTT () Lavagem () Sifonagem Orno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____ Cateter Vesical: () Sim () Não Data da instalação: _____ Trocar em: _____ Prótese: () Sim () Não Tipo: _____ Local: _____			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM () Deglutição Prejudicada () Padrão respiratório ineficaz () Risco de Lesão por Pressão () Risco de Infecção () Ventilação espontânea prejudicada () Risco de Quedas () Risco de nutrição desequilibrada () Mobilidade física prejudicada () Risco de Broncoaspiração () Risco de glicemia instável () Risco de integridade da pele prejudicada () Eliminação urinária prejudicada () Risco de desequilíbrio do volume () Risco de desequilíbrio na temperatura corporal () Risco de constipação () Volume de líquidos excessivo () Padrão de sono prejudicado () Comunicação deficiente () Volume de líquidos deficiente () Déficit na autocuidado para Higiene			
Escala de Morse 1. Histórico de Queda Não 0 Sim 25 2. Diagnóstico Secundário Não 0 Sim 15 3. Auxílio na Deambulação Nenhum/Acamado/Auxiliado 0 Muleta/Bengala/Andador 15 Mobiliário Parede 30 TOTAL: Risco Baixo: 0 - 24 Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior que 45 Prescrição para prevenção de queda no verso			





LAUDO MÉDICO DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO - TFD

*Órgão Emitente NOME DA UNIDADE		CNS	TFD Nº
*PACIENTE (obrigatório)	Nome <i>Silmar C. Silva</i>	Data de Nascimento	
	Profissão	CPF	Documento de Identidade
	Endereço Completo		Telefone
*ACOMPANHANTE	Nome	Documento de Identidade	
	Endereço Completo	Relação com Paciente	
*MÉDICO SOLICITANTE (obrigatório)	Nome	Especialidade	
	CPF	CRM	CNS
	Endereço Completo	Telefone	

*Procedimento solicitado	*Código do procedimento
<i>Osteomielite Plato tibial</i>	
	*Diagnóstico inicial (CID-10)
	<i>04.08.05.054-3</i>
*Principais sinais e sintomas clínicos (Histórico da doença atual)	
<i>Dr/ Imobilizado e Tala gessada</i>	
*Condições que justificam a internação	
<i>Cirurgico</i>	
*Principais resultados de provas diagnosticadas	
<i>RX + C.T.</i>	
*Justificativa para solicitar internação	
<i>Cirurgico</i>	

Condições hemodinâmicas (incluindo necessariamente a mensuração da PA)		Padrão respiratório	
Função renal e hepática		Estado neurológico sumário	
Estado nutricional		Caracterização de eventual urgência do procedimento	
História progressiva e atual significativas especialmente quanto ao uso de alergia a medicamentos, bem como alergia a contrastes, anestésicos e anti-sépticos		Informações sobre dado de exame físico realizado nos últimos 08 dias, com transcrição das informações (podem ser na forma estruturada ou não)	
Atestar as condições de remoção com segurança para a indicação do transporte adequado	<i>Atenc</i>		



Hemograma completo		Coagulograma completo	
Creatinina		Glicemia em jejum	
Eletrocardiograma		Radiografia de Tórax (para maiores de 60 anos)	
Relatório de Risco Cirúrgico (coerente com os itens acima descritos) segundo a classificação da Sociedade Americana de Anestesiologia (Asa 1, 2, 3, 4 ou 5)			
*Tratamento realizado			
*Justificar as razões que impossibilitam a realização do tratamento no Estado			
*Justificar em caso de necessidade de encaminhamento urgente			
*Justificar em caso de necessidade de acompanhante			
*Duração provável do tratamento			
Outras anotações			

Local e Data

Boa Vista-RR,

Médico solicitante
(assinatura e carimbo)

Médico Coordenador do Serviço
(assinatura e carimbo)

Local da Junta Médica / Serviço Local de Medicina Social

DEFERIDO

INDEFERIDO

COM ACOMPANHANTE

SEM ACOMPANHANTE

PROVIDENCIAR

Assinatura e Carimbo

Data

Assinatura e Carimbo

Presid. JM-TFD=SESAU-RR

Assinatura e Carimbo

Observação: *Todos os campos são de preenchimento obrigatório



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME:

Laudo Médico

RECEITUÁRIO

O Paciente, Selmin Costa do S. Jr., vítima de
acidente de trânsito e trauma direto em MIRE
(06/04/2019) com lesões no nível do pé direito
Pelo TC no mesmo dia sendo indicado tratamento
cirúrgico devido trauma intra-articular e afundamento
do platô talus por um momento cirúrgico
Pelo tratamento conservador com gesso.
Após consolidação e estabilização foi alto
ortopedico depois de 4 meses de acidente: (13/08/2019)
com: 1. Gesso do pé direito (F)
2. Gesso do tornozelo (F) (F)
3. Gesso do pé esquerdo (F)
4. Gesso do tornozelo (F) (F)
5. Gesso do pé direito (F)
6. Gesso do tornozelo (F) (F)
7. Gesso do pé esquerdo (F)
8. Gesso do tornozelo (F) (F)
9. Gesso do pé direito (F)
10. Gesso do tornozelo (F) (F)
11. Gesso do pé esquerdo (F)
12. Gesso do tornozelo (F) (F)
13. Gesso do pé direito (F)
14. Gesso do tornozelo (F) (F)
15. Gesso do pé esquerdo (F)
16. Gesso do tornozelo (F) (F)
17. Gesso do pé direito (F)
18. Gesso do tornozelo (F) (F)
19. Gesso do pé esquerdo (F)
20. Gesso do tornozelo (F) (F)
21. Gesso do pé direito (F)
22. Gesso do tornozelo (F) (F)
23. Gesso do pé esquerdo (F)
24. Gesso do tornozelo (F) (F)
25. Gesso do pé direito (F)
26. Gesso do tornozelo (F) (F)
27. Gesso do pé esquerdo (F)
28. Gesso do tornozelo (F) (F)
29. Gesso do pé direito (F)
30. Gesso do tornozelo (F) (F)
31. Gesso do pé esquerdo (F)
32. Gesso do tornozelo (F) (F)
33. Gesso do pé direito (F)
34. Gesso do tornozelo (F) (F)
35. Gesso do pé esquerdo (F)
36. Gesso do tornozelo (F) (F)
37. Gesso do pé direito (F)
38. Gesso do tornozelo (F) (F)
39. Gesso do pé esquerdo (F)
40. Gesso do tornozelo (F) (F)
41. Gesso do pé direito (F)
42. Gesso do tornozelo (F) (F)
43. Gesso do pé esquerdo (F)
44. Gesso do tornozelo (F) (F)
45. Gesso do pé direito (F)
46. Gesso do tornozelo (F) (F)
47. Gesso do pé esquerdo (F)
48. Gesso do tornozelo (F) (F)
49. Gesso do pé direito (F)
50. Gesso do tornozelo (F) (F)
51. Gesso do pé esquerdo (F)
52. Gesso do tornozelo (F) (F)
53. Gesso do pé direito (F)
54. Gesso do tornozelo (F) (F)
55. Gesso do pé esquerdo (F)
56. Gesso do tornozelo (F) (F)
57. Gesso do pé direito (F)
58. Gesso do tornozelo (F) (F)
59. Gesso do pé esquerdo (F)
60. Gesso do tornozelo (F) (F)
61. Gesso do pé direito (F)
62. Gesso do tornozelo (F) (F)
63. Gesso do pé esquerdo (F)
64. Gesso do tornozelo (F) (F)
65. Gesso do pé direito (F)
66. Gesso do tornozelo (F) (F)
67. Gesso do pé esquerdo (F)
68. Gesso do tornozelo (F) (F)
69. Gesso do pé direito (F)
70. Gesso do tornozelo (F) (F)
71. Gesso do pé esquerdo (F)
72. Gesso do tornozelo (F) (F)
73. Gesso do pé direito (F)
74. Gesso do tornozelo (F) (F)
75. Gesso do pé esquerdo (F)
76. Gesso do tornozelo (F) (F)
77. Gesso do pé direito (F)
78. Gesso do tornozelo (F) (F)
79. Gesso do pé esquerdo (F)
80. Gesso do tornozelo (F) (F)
81. Gesso do pé direito (F)
82. Gesso do tornozelo (F) (F)
83. Gesso do pé esquerdo (F)
84. Gesso do tornozelo (F) (F)
85. Gesso do pé direito (F)
86. Gesso do tornozelo (F) (F)
87. Gesso do pé esquerdo (F)
88. Gesso do tornozelo (F) (F)
89. Gesso do pé direito (F)
90. Gesso do tornozelo (F) (F)
91. Gesso do pé esquerdo (F)
92. Gesso do tornozelo (F) (F)
93. Gesso do pé direito (F)
94. Gesso do tornozelo (F) (F)
95. Gesso do pé esquerdo (F)
96. Gesso do tornozelo (F) (F)
97. Gesso do pé direito (F)
98. Gesso do tornozelo (F) (F)
99. Gesso do pé esquerdo (F)
100. Gesso do tornozelo (F) (F)

DATA

30/10/2019

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinto, 836 - Centro - Boa Vista RR
CEP: 69.301-150 - CNPJ: 04.013.400/0001-00

Eduardo de C. Guerra
Acupuntura e Fisiatria
Ortopedia e Traumatologia

E





E

E

SILMAR COSTA DA SILVA

6/4/2019 10:26:38

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

53,7 %





SILMAR COSTA DA SILVA

6/4/2019 10:26:38

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

53,7 %





6/4/2019 10:26:38

57,5 %

, SILMAR COSTA DA SILVA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



SILMAR COSTA DA SILVA

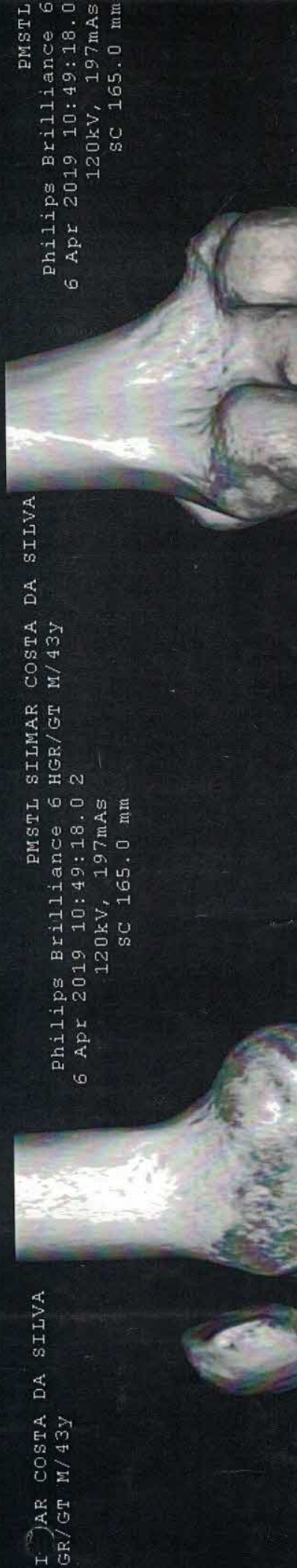
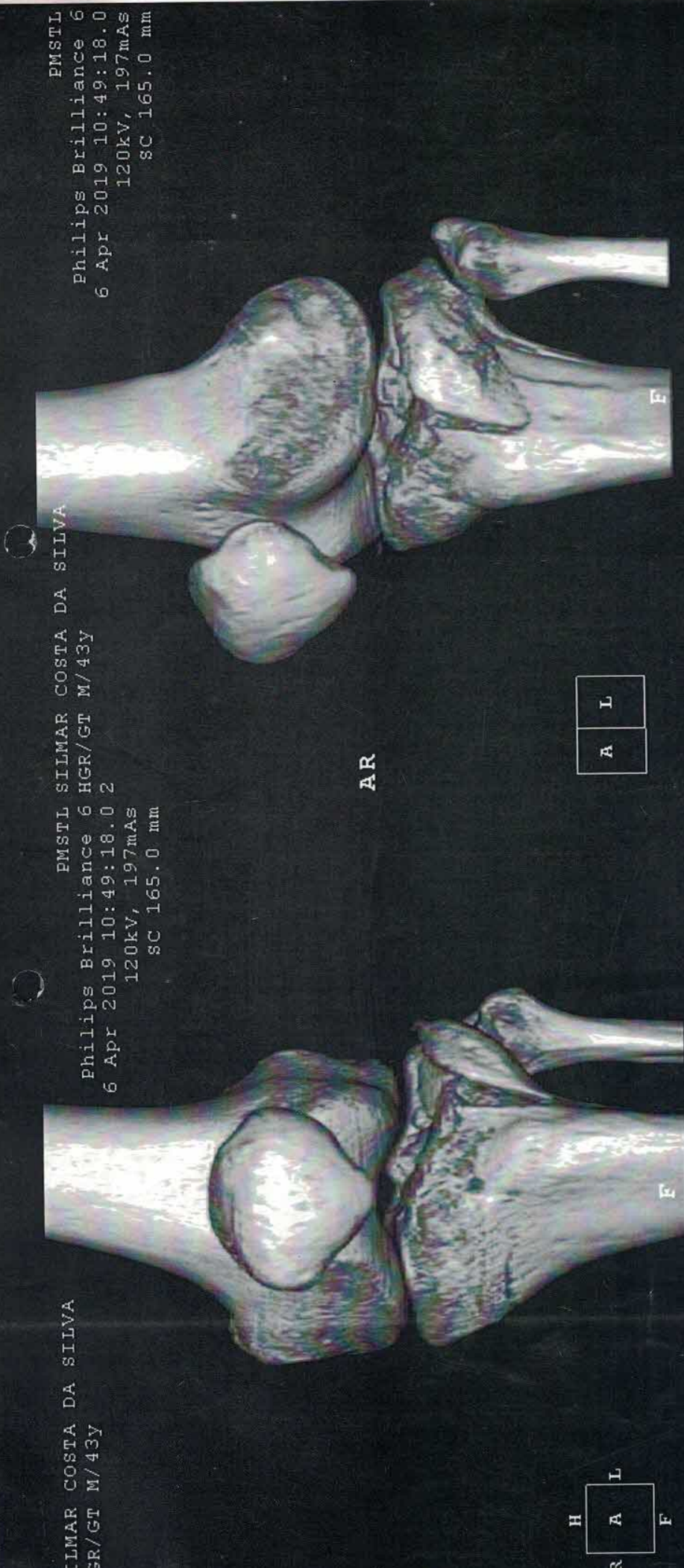
HOSPITAL CORONEL MOTA

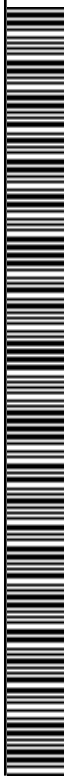
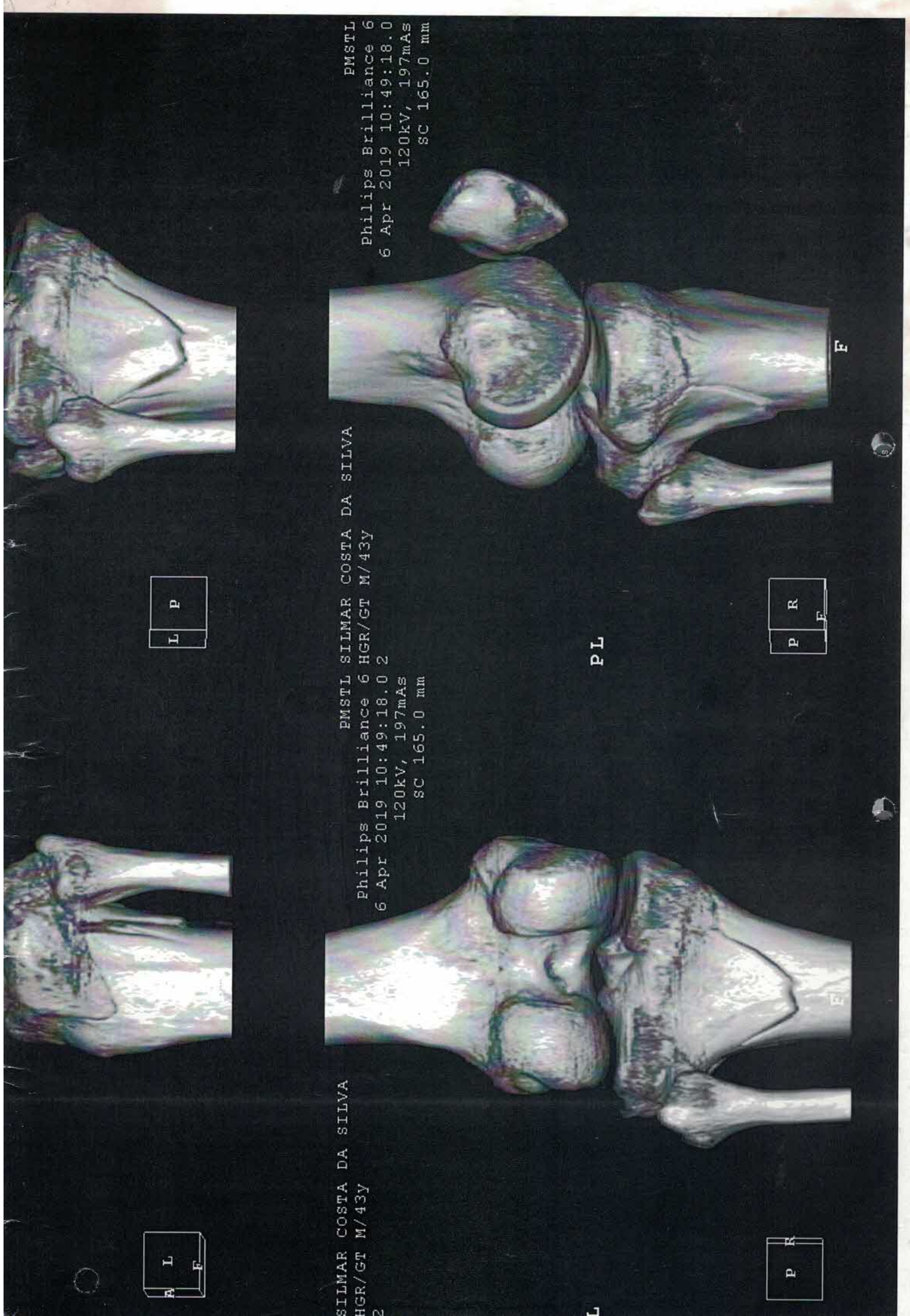
5097

17/05/2019

Cloudoaldo

82,5 %





SINISTRO 3190543006 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA: SILMAR COSTA DA SILVA

COBERTURA: Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO: GENTE
SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO: SILMAR COSTA DA SILVA

CPF/CNPJ: 61751448215

Posição em 18-02-2020 16:03:03

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
13/11/2019	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25

