

PROCURAÇÃO

Outorgante: **VALDENIR GALVÃO COSTA** (Menor Impúbere), nascido no dia 1º de Setembro de 2004, Certidão de Nascimento Matrícula nº 096758 01 55 2004 7 000012 050 0002250 do 1º Ofício de Boa Vista-RR). Neste ato representado por sua representante legal a Sra. **IVANIZIA SERVINO GALVÃO**, Brasileira, Solteira, Do lar, portadora da carteira de identidade nº 86862 SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 323.077.992-49, residente e domiciliada nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Wolter Forte Castelo Branco nº: 422 Bairro: Silvio Leite, CEP: 69.314-328

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 judícia**”, 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, 14 de novembro de 2019.


IVANIZIA SERVINO GALVÃO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

VALDENIR GALVÃO COSTA

MATRÍCULA

096758 01 55 2004 7 00012 050 0002250 19

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO)

DIA

MÊS

ANO

PRIMEIRO DE SETEMBRO DE DOIS MIL E QUATRO

01

09

2004

HORA MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DE FEDERAÇÃO

17:28

Boa Vista - RR

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DE FEDERAÇÃO

Boa Vista / RR

LOCAL DE NASCIMENTO

Hospital Materno Infantil Nsra. de Nazareth

SEXO

masculino

FILIAÇÃO

GILBERTO COSTA e IVANIZIA SERVINO GALVÃO.

AVÓS

**PATERNOS: FRANCISCO LAURINDO COSTA e MARIA DAS GRANÇAS COSTA ; MATERNOS:
JACY GALVÃO e CECI SERVINO**

GÊMEO(S)

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO

DATA DO REGISTRO DE NASCIMENTO (POR EXTENSO)

TRÊS DE SETEMBRO DE DOIS MIL E QUATRO

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

20624696

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

A presente certidão tem elementos de averbação à margem de seu termo de acordo com proc nº 0010.10.008584-3, sentença judicial e mandado ambos proferidos em 07/06/2010, pela Exma. Dra. Tânia Maria Vasconcelos Dias - Juíza da Vara da Justiça Itinerante - RR.
2ª Via.

Nome do Ofício:

Tabelionato Deusdete Coelho - 1º Ofício

Oficial Registrador: **Deusdete Coelho Filho**

Município: **Boa Vista / RR**

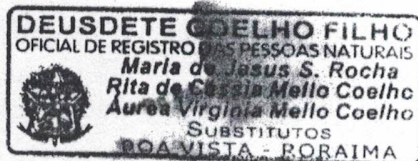
End.: **Av. Ville Roy, 5623-E**

Cep: **69301-000** Fone: **95-36243050**

email: **tabdeus1@hotmail.com**

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou Fé.
Boa Vista / RR 14 de julho de 2010

Adia Socorro Pinho Oliveira
Escrevente Autorizada



Comprovante de Situação Cadastral no CPF

<https://servicos.receita.fazenda.gov.br/Servicos/CPF/ConsultaSit...>

BRASIL

(HTTPS://GOV.BR)



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 085.965.132-05

Nome: VALDENIR GALVAO COSTA

Data de Nascimento: 01/09/2004

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 11/09/2019

Digito Verificador: 00

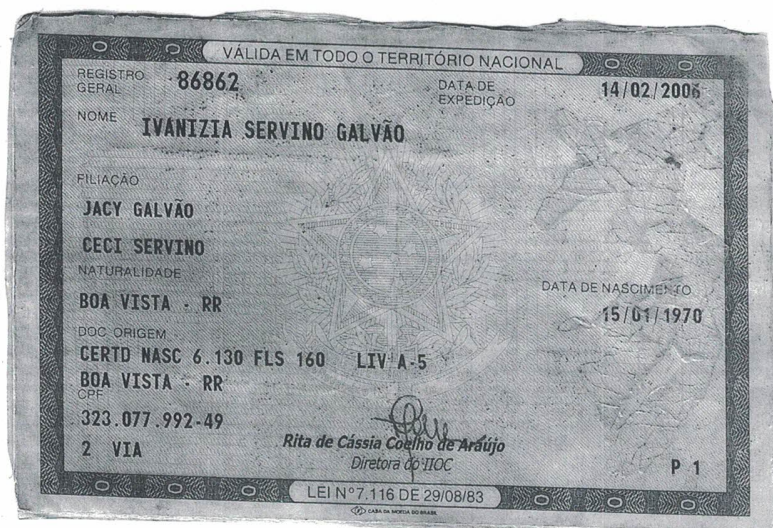
Comprovante emitido às: 11:27:44 do dia 17/09/2019 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 4C1C.5ADC.9EF1.5DE9



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJS6T ESZ9Q 4ZWF8 T26ZY





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Pelo presente instrumento particular e na melhor forma de direito, **IVANIZIA SERVINO GALVÃO**, Brasileira, Solteira, Do lar, portadora da carteira de identidade nº 86862 SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 323.077.992-49, **DECLARO** para os devidos fins de comprovação e direitos legais, que resido nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Wolter Forte Castelo Branco nº: 422 Bairro: Silvio Leite, CEP: 69.314-328.

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, 14 de novembro de 2019.

Ivanizia Servino Galvão
Declarante

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, **IVANIZIA SERVINO GALVÃO**, Brasileira, Solteira, Do lar, portadora da carteira de identidade nº 86862 SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 323.077.992-49, residente e domiciliada nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Wolter Forte Castelo Branco nº: 422 Bairro: Silvio Leite, CEP: 69.314-328.

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, 14 de novembro de 2019.


IVANIZIA SERVINO GALVÃO



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 035361/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 15/10/2019 08:03 Data/Hora Fim: 15/10/2019 08:18
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 27/12/2017 15:06

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: RUA S25 C/ N21

Bairro: Senador Hélio

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: IVANIZIA SERVINO GALVÃO (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Profissão: Do Lar

Nome da Mãe: Ceci Servino

Nome do Pai: Jacy Galvão

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 86862

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: WALTER FORTE CASTELO BRANCO

Nº: 422

Bairro: DOUTOR SILVIO LEITTE

Telefone: (95) 99156-0660 (Celular)

Nome Civil: VALDENIR GALVÃO COSTA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 01/09/2004

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Ivanizia Servino Galvão

Nome do Pai: Gilberto Costa

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: WOLTER FORTE CASTELO BRANCO

Nº: 422

Bairro: SILVIO LEITE

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Comunicante informa que a vitima trafegava de bicicleta na rua acima citada quando foi atingido por uma motocicleta, com a queda a vitima teve seu braço esquerdo quebrado. Que não tem maiores detalhes do infrator. que não deseja representar, é o relato.



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Francinelson Cardoso Froz
Data de Impressão: 15/10/2019 08:18
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: 035361/2019

ASSINATURAS



Francinelson Cardoso Froz
Agente Carcerário
Matrícula 042000582
Responsável pelo Atendimento

Ivanizia Servino Galvão
Ivanizia Servino Galvão
(Comunicante)

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





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA ESPECIALIZADA - DPE

DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO – DAT

“Amazônia: Patrimônio dos brasileiros”



**DECLARAÇÃO COMPLEMENTAR DO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 035361/2019/DAT**

O Sr.º

NOME: **IVANIZIA SERVINO GALVÃO**

RG: **86862**

SEXO: **FEMININO**

DATA DE NASCIMENTO:

TELEFONE: **99156-0660**

ENDEREÇO: **RUA – WALTER FORTE CASTELO BRANCO, 422**

BAIRRO: **DR. SILVIO LEITE**

A comunicante compareceu nesta especializa, para acrescentar/corrigir no
Boletim de Ocorrência supracitado Data e Hora exata do Acidente.

➤ **HORA: 15h06mins;**

➤ **DIA 28/12/2017;**

Agente Carcerário de Polícia Civil
Givanildo da Silva Vieira
Matrícula: 042000855

Boa Vista - RR, 21 de Outubro de 2019.

IVANIZIA SERVINO GALVÃO
Comunicante





FICHA DE ATENDIMENTO

Nº **1853**



UNIDADE: **Bravo II**

EQUIPE: **Und. 1110 / Jorge Teodoro**

Paciente: **VALERIA GALVAO COSTA**

Idade: **13 anos** Sexo: **MASCULINO**

Nacionalidade: **Portuguesa**

Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia []

Endereço: **Rua S-25 / N-21**

Bairro: **S. W. Campos**

Nº **21057**

DATA **28/12/17**

HORA J/9: **15:06**

BASE **VIA**

RÁDIO

Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM:

HORA J/10: **15:16**

CELULAR

MOTIVO: ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ ATENDIDO NO LOCAL ☐ OUTRO

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora (☒) / 1 a 3 horas (☐) / 4 a 24 horas (☐) / Mais de 24 horas (☐) / Não sabe (☐)

AUTOMÓVEL ☐ Capotamento ☐ Atropelamento ☐ Colisão AUTO x ☐ Motorista ☐ Passageiro Banco dianteiro ☐ Passageiro Banco traseiro	AUTOMÓVEL ☐ Uso do cinto ☐ Vitima projetada ☐ Vitima encarcerada ☐ Air Bag Acionado MOTOCICLETA / BICICLETA ☐ Colisão MOTO X ☒ Queda de moto ☐ Atropelamento ☐ Queda de Bicicleta ☐ Piloto ☐ Com capacete ☐ Sem capacete ☐ Garupa	VIOLÊNCIA ☐ FAB ☐ FAF ☐ Espancamento ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual ☐ Tentativa de suicídio ☐ Outro:	OUTROS ☐ Ac. De Trabalho Local ☐ Trajeto ☐ Queda, Altura aprox.: ☐ Acidente Doméstico ☐ Queimadura Agente ☐ Afogamento ☐ Agressão p/ animal ☐ Outros:
PEDESTRE ☐ Atropelamento ☐ VIA ☐ CALÇADA			

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	APAGAR
Início	15 110x70	98	20	100	-	-	08	-
Fim	22 110x70	91	19	99	-	-	-	-

Pele ☒ Corada ☐ Quente ☐ Pálida ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Seca ☐ Cianótica	Cabeça ☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Laceração ☐ Hematoma ☐ Afundamento ☐ Fer. penetrante	Face ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular ☐ Luxação ☐ Mandíbula	Pescoço ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Hematoma ☐ Desvio da traquéia ☐ Enfisema subcutâneo	Tórax ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Tórax Instável ☐ Tamponamento ☐ Ferida Aspirativa ☐ Empalamento	Abdome ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Distendido ☐ Em tábua ☐ Doloroso ☐ Evisceração
---	--	--	---	---	---

Pelve ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Dor ☐ Instabilidade	Coluna Dorsal ☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor ☐ Escoriações	MMSS ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Luxações ☐ Lacerações ☒ Fratura ☐ Amputação	MMII ☐ Contusão ☒ Escoriações ☐ Luxações ☐ Lacerações ☐ Fratura ☐ Amputação	QUEIMADURAS <table><tr><th>CABEÇA</th><th>PESCOÇO</th><th>TÓRAX ANTERIOR</th><th>TÓRAX POSTERIOR</th><th>GENITALIA</th><th>MSD</th><th>MSE</th><th>MID</th><th>MIE</th><th>TOTAL %</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										CABEÇA	PESCOÇO	TÓRAX ANTERIOR	TÓRAX POSTERIOR	GENITALIA	MSD	MSE	MID	MIE	TOTAL %																														
CABEÇA	PESCOÇO	TÓRAX ANTERIOR	TÓRAX POSTERIOR	GENITALIA	MSD	MSE	MID	MIE	TOTAL %																																												

☒ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Filiter	☐ Fibrilação atrial ☐ Fibrilação ventricular ☐ Assistolia	☐ Respiratória ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Metabólica ☐ Cardiovascular ☐ Aborto	☐ Digestiva ☐ Infecçiosa ☐ Obstétrica ☐ Pediátrica ☐ Outra	☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☐ HAS ☐ Medicação de uso	☐ Alergias ☐ Outros
---	--	---	---	--	--

☐ ILESO ☐ PEQUENA ☐ MÉDIA ☒ SEVERA ☐ LESÕES INCOMPATÍVEIS COM A VIDA

Assinatura de **Edson Silva Santiago** (Unidade de Destino)

MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS

CONFERE COM ORIGINAL

Em **11/10/19**

OBSERVAÇÕES

☐ Cancelamento
☐ Recusa de Atendimento
☐ Não se encontrava no local
☐ Recusa de hospitalização
☐ Trote
☐ Bombeiro no local:

☐ Polícia Militar
☐ Guarda Municipal
☐ SMTRAN
☐ Bombeiro
☐ Outros:

☐ Iniciada as:
☐ RCP com sucesso
☐ RCP sem sucesso
☐ Obs.:

☐ Término as:

AVALIAR O LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)

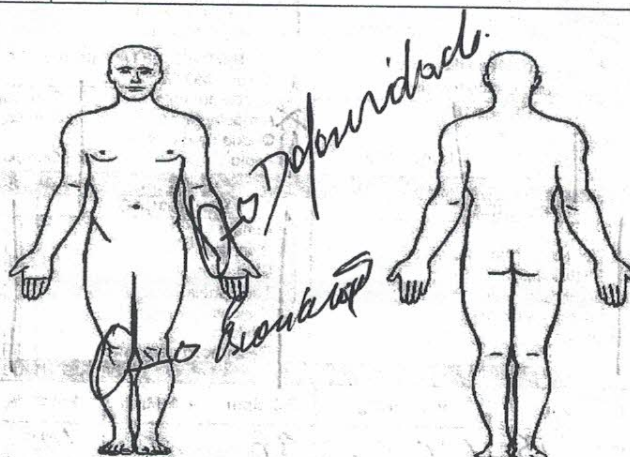
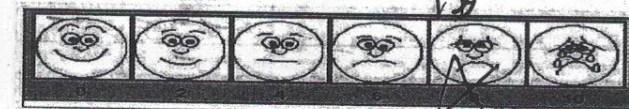
AVALIAR O LOCAL DA OCORRÊNCIA (na via pública)

RGP INCIDENTE

HISTÓRICO DE RECURSOS DO PACIENTE	Descrição:	
	Nome do Receptor:	
	Função do Receptor:	
	Assinatura do Receptor:	
	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
	Assinatura do Paciente:	RG:
TESTEMUNHA 01:	RG:	
TESTEMUNHA 02:	RG:	

GESTANTE	MATERIAL E MEDICAÇÃO
IG p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____
Perda de líquido: _____	BCF: _____
☐ Com cartão ☐ Sem cartão	2- Stedberg 10cm - 3- Para o feto

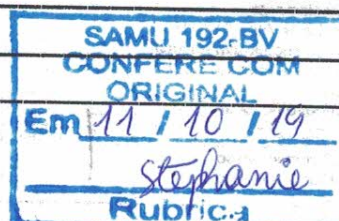
1. Abertura Ocular (O):	Espontânea	4 pontos
	Estímulo verbal	3 pontos
	Estímulo doloroso	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto
2. Melhor Resposta Motora (M)	Obedece a comandos	5 pontos
	Localiza dor	5 pontos
	Flexão normal (retirada)	4 pontos
	Flexão anormal (decorticação)	3 pontos
	Extensão (descerebração)	2 pontos
3. Resposta Verbal (V)	Sem resposta (flacidez)	1 ponto
	Orientado	5 pontos
	Confuso	4 pontos
	Palavras inapropriadas	3 pontos
	Sons incompreensíveis	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

vitória, o paciente no interior de sua terra, quando o nome
foi alterado por uma mãe, 300 mil de local que
que, posteriormente, foi de 100 mil e 100 mil. A
resposta de 100 mil em 100 mil, com 100 mil de
Resposta de 100 mil em 100 mil, com 100 mil de
Pode ser visto e com 100 mil de 100 mil, com 100 mil de
muito. Após 100 mil, com 100 mil de 100 mil, com 100 mil de
pouco.

William R. Silva
Téc. Enfermagem APH
CPF: 150240



28/12/2017

... Guia de Atendimento 02 ...

GRANDE TRAUMA

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



Visto por

29/12/17

1700886585	28/12/2017 15:44:40	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	NHE-HGR	DIURNO 07-19	29
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário		
VALDENIR GALVAO COSTA	01/09/2004	13 A 3 M 27 D	801434321372882				
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
			M	SOLTEIRO(A)	PARDA	BOA VISTA - RR	BRASILEIRA
Mãe	Pai	Contato					
IVANIZIA SERVINO GALVAO	NI	(95) 99137-4225					
Endereço	Ocupação						
RUA - S-34 - 132 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR	ESTUDANTE						
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
OUTROS	URGÊNCIA						
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:				
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL		WESLLEN ROCHA				
Queixa Principal	☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue						

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

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)
Paciente com história de acidente automobilístico por moto. com
fratura em articulação. Valerius.

Exame Físico
Escoriações + Abandono em MSE.

Hipótese Diagnóstica
Politraumático.

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

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
01) DILATONA 1g/6h		
02) TILUDIL 20mg		
03) CEFALOSINA 500mg		
Fecho 16:00 Emília Jandara N. Machado Téc. em Enfermagem COREN-RR 001 095 874		
Muriel Maria Machado CRM 1940		

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

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

Assinatura do Paciente ou Responsável
Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: wesllen.rocha
Data Hora: 28/12/2017 15:46:56

© 2017
SISTEMA - Soluções em Tecnologia
de - Interação em Saúde
v. 4.2.01 - 01/07/17



1700886585

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 - ONES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		4 - ONES			
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 - CEP	
12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		16 - CEP			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
18 - CONDIÇÕES DE SAÚDE PREEXISTENTES					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO				21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO	
29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		30 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		31 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
32 - ACIDENTE DE TRABALHO		33 - CNPJ DA SEGURADORA		34 - N° DO BILHETE	
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		36 - CNPJ EMPRESA		37 - CNAE DA EMPRESA	
38 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJECTO		39 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA		40 - CBOR	
41 - EMPREGADOR		42 - EMPREGADOR		43 - AUTÔNOMO	
44 - DESEMPREGADO		45 - APOSENTADO		46 - NÃO SEGURADO	
AUTORIZAÇÃO					
47 - DOCUMENTO		48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			

BRUCU D. Alta 12.01.18

SUS		Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				3 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE				4 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE				6 - Nº DO FRONTEIRO	
Valdemir Galvão Costa				62359	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				8 - DATA DE NASCIMENTO	
5 - NOME DO PACIENTE				9 - SEXO	
Valdemir Galvão				M	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				11 - TELEFONE DE CONTATO	
8 9 8 0 0 3 9 8 0 3 7 4 6 4 7				9 5 9 9 1 3 7 4 2 2	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL				14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
Joanizia Sereno Galvão				15 - UF	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				15 - CEP	
Rua S-34 132 Senador Helio Campos				R 2	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA					
Boa Vista					
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
Art. Tuberculose (E)					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
Corrêpico					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
Rx + CT					
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO					
Art. Tuberculose (E)					
21 - CID 10 PRINCIPAL					
22 - CID 10 SECUNDÁRIO					
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
26 - CLÍNICA					
27 - CARTEIR DA INTERNAÇÃO					
28 - DOCUMENTO					
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE					
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
33 - ACIDENTE DE TRABALHO					
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO					
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO					
36 - CNPJ DA SEGURADORA					
37 - Nº DO BILHETE					
38 - SÉRIE					
39 - CNPJ EMPRESA					
40 - CNAE DA EMPRESA					
41 - CSOR					
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
44 - Cód. OR					
45 - Nº DO BILHETE					
46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
Dr. Edson Silva Santiago					
CRM 11.419/2006					
10/1/18					
5524					
11.11.18					



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Date: 10/31/18 O.S. _____

Voluntar
Galiato

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: D. Schan

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTHESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURACÃO:

Dr. ~~Dalson~~ ~~Helloua~~

CRIM-RR 1.76

RELATÓRIO CIRURGICO

- ① PT na DDT sob Placa Antero
- ② Inguinal / Litigiosa
- ③ Encaixe b. na sutura Rodeo,
e aprox. 10 cm, direção,
flexão interna e placa de
ordenação Bloqueada, de porção,
luz + Guttera, e PA



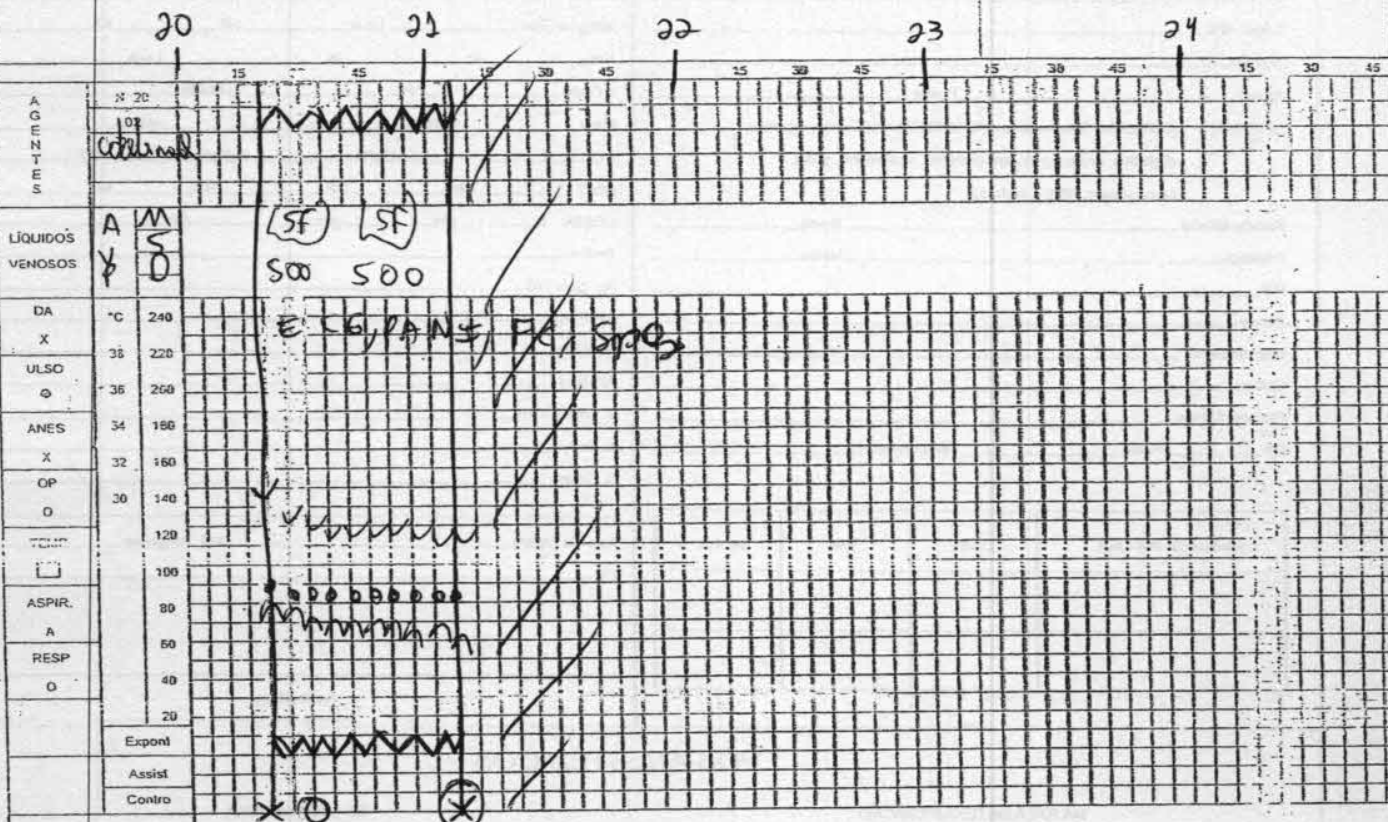


Uoldenir Galvão Costa

Id: 13 One 08/03/18

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº 10/03/18



SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A	Propofol 150mg	Blowdown de Bexa Bro	1) Chequilist OK + monitorização
B	Midazolam 150mg	Spont E / via supo-	2) O ₂ 100% 2L/min
C		laricel, guisto	3) Anest. a cinergia de repõe
D		na USG	mioclasular E / glavol 20%
E		velocidade espontânea	4) Anest. a cinergia de repõe
F			mioclasular E / glavol 20%
G			5) Anest. a cinergia de repõe
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faringea	mioclasular E / glavol 20%
NDCC		Naso / Oro Faringea - Cega	6) Anest. a cinergia de repõe
SANGUE		Bal - Tamp - Calibre do Tubo	mioclasular E / glavol 20%
	5FO, 5% 1000ml	Sob Máscara	7) Anest. a cinergia de repõe
		Dificuldade Técnica	mioclasular E / glavol 20%
TOTAL	1000ml	TEMPO DE ANESTESIA	8) Anest. a cinergia de repõe
OPERAÇÃO			mioclasular E / glavol 20%
ANESTESIA	Dr. Enes	CÓDIGO	9) Anest. a cinergia de repõe
	Dr. Regênia	CIRURGIÃO	mioclasular E / glavol 20%
	Dr. Balon		10) Anest. a cinergia de repõe
			mioclasular E / glavol 20%

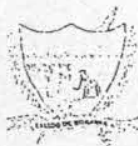
TTO Anestesia de Endoscopia de Antebraço E

Dr. Enes
Dr. Regênia
Dr. Balon

HOSPITAL GERAL DE ITAJAÍ
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (93) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
2019
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentada neste Hospital

5) Anest. a cinergia de repõe
mioclasular E / glavol 20%

		GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA			
		SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE			
FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA					
NOME DO PACIENTE 13 anos		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA 30/01/18	
Goldemir Galvão Costa		CIRURGIA			
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Osteomíntese de Antebraço (C)		INICIO 20:30	FIM 20:57	TEMPO TOTAL	
		EQUIPE MÉDICA			
CIRURGIÃO	Walton	ANESTESISTA:	Eudes		
1º AUXILIAR	Regênio	RES. ANESTESIA:	Daniele		
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR	Inezio		
		CIRCULANTE	Ana Cláudia, Samuel, Jhonate		
TIPO DE ANESTESIA: Sedação EV + Bloq. Supradur		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
1	PACOTES GAZE		1	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLNº	
1	LUVA ESTERIL 8.0		2	FIO MONONYLON Nº 3.0	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/PROCEDIMENTOS	poli		FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURINº 15			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		1	CEPRALOSSO	
1	SERINGA 05 ML		1	cateter O2	
1	SERINGA 10ML		5	elétricos	
1	SERINGA 20ML		10	pinça cardíaca	
2	atadura de expor		07	cateter max dex	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			VALOR
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE			
		Aline			
FUNÇÃO/CÁLCULOS		CIRCULANTE DE SALA			
		MATERIAL MEDICAMENTOS			
		SUB- TOTAL			
		TAXA DE SALA			
		TAXA DE ANESTESIA			
		SOMA			
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE			



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA NEURO CIRURGIA

Tipo Cirurgia:

Osteomíntese de Antebraço (E)

Data: 10/01/18

Nº. DO PRONTUÁRIO: _____

Paciente: Goldenir Galvão Costa

Idade _____

Bloco: _____ Enfermaria _____ Leito: _____

Caixa: Cx Reg. Fragmentos (Bloqueados)

Nº 01

Circulante: Ana Cláudia, Praxina, Samuel

Sala 01

Conferencia Expurgo CME: _____

Material Utilizado:

Parafuso bloqueado N° 18 - 4
h cortical N° 18 - 4
Placa bloqueado 6 furos

Médico Responsável

Dr. Dalton Feitosa
Otorrinolaringologista
CRM 98.412

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	VALDENIR GALVÃO COSTA				
DIAGNÓSTICO	FX RADIO				
ALERGIAS	HAS		NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO			DATA	29/12/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manter
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				SUSP
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				16 04
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6				10 16 22 04
6	TRAMAL 100mg VO 20gts 8/8h SN				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				Motina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIARIO				realizar
15					
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

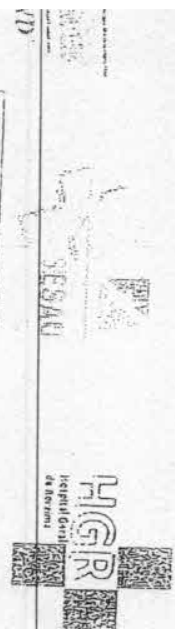
12:30h
pet desp. p. L. Galvão e L. C. C. C.
afundado p/ 10/01/18
auto (mãe)
recife

Dr. Ilson P. Silva
Médico
Traumatologia e Ortopedia
CRM: 1733

Dr. Leonardo Rabelo
Residente em Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR: 1733

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H	127/70	39	16	95.8
18 H				
24 H				

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.



NOME: Valdemir Galvão Costa

TEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRURGICO/SRPA

DAOS PRÉ-OPERATORIO

Data: 10/01/18

Reg. 13

Chegada: 19:42

Em: Agência UCLA

Outros: UCLA

Cirurgia Proposta:

1. Informações:

1.1. () Pré-anestésico

1.2. () Intra-óculo

1.3. () Sangue

1.4. () Cateteriza

1.5. () Asmático

1.6. () Outros:

Estado Funcional/ Mental

1.7. () Choro

1.8. () Sonolento

1.9. () Outros: Amarelo

Sinais Vitais:

PA: 118 bpm

FC: 99 bpm

Região: Tr-guia

Condições da pele:

1. () Seco

2. () Umido

3. () Ressecado

4. () De cor normal

TRANSOPERATORIO

Entrada na Sala: 20:05

Início da Cirurgia: 20:30

Início Anestesia: 20:20

Término Cirurgia: 20:57

Saída S.O.:

Cirurgia Realizada: Amesore

Anestesia: Amesore

Posição: Deitado

Hidratação: Infundida

Antibiótico-Terapia:

Nome: CH

SG a 10%: Dose:

Outros: Plasma:

Nº de compressas oferecidas: Plaquetas:

Nº de compressas recolhidas: Anátomo Part. tipo:

Sinais Vitais:

T: 36 °C

SAT: 100 %

() Regular

() Irregular

FC: 101 bpm

PA: 122x73 mmHg

Exames na SO: () Ht () Hb () Hemograma () Rolo X

() Outros:

Legenda:

1. Eletrodos

Cirurgia Realizada

SRPA

Anestesia

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Entradas

HV

CH

SNG

Dreno

Diurese

SNG

Outros

Saídas

Entrada:

Saída:

Ass.:

Ass.:

Ass.:

Ass.:

Ass.:

Ass.:

Ass.:

Ass.:

Ass.:

Ass.:

Ass.:

Ass.:

Ass.:

Ass.:

Ass.:

Ass.:

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																																	
PRESCRIÇÃO MÉDICA																																	
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN																														
PACIENTE		Valquiria Calvão																															
DIAGNÓSTICO		fract. do antebraço																															
ALERGIAS		HAS	DM																														
IDADE		LEITO	DATA																														
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO																															
1	DIETA ORAL LIVRE	22-06-19																															
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 horas	22-06-19																															
5	DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS	22-06-19																															
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn	22-06-19																															
7	SSVV+CCGG 6/6 horas	22-06-19																															
8	CURATIVO DIÁRIO	22-06-19																															
9	Keflin 1g @ 6/6	22-06-19																															
10																																	
11																																	
12																																	
13																																	
14																																	
15																																	
16																																	
1- SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.																																	
EVOLUÇÃO MÉDICA:																																	
Às 22:00h. Paciente retornou do E.C. Realizou osteossíntese de fratura de antebraço E. No momento sem queixas. <i>Marcelo Pereira de França</i> Enfermeiro CORE: 26040-RR																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> <th>TEMP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SINAIS VITAIS</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6 H</td> <td>108x70</td> <td>88</td> <td>18</td> <td>36°C</td> </tr> <tr> <td>12 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>106x63</td> <td>92</td> <td>18</td> <td>36,8°C</td> </tr> </tbody> </table>					PA	FC	FR	TEMP	SINAIS VITAIS					6 H	108x70	88	18	36°C	12 H					18 H					24 H	106x63	92	18	36,8°C
	PA	FC	FR	TEMP																													
SINAIS VITAIS																																	
6 H	108x70	88	18	36°C																													
12 H																																	
18 H																																	
24 H	106x63	92	18	36,8°C																													



9:00 as 07:00 Realizado medicações RPM.
Aferido SSVV. sem queixas, se fine
cuidados do paciente.

Rosmeia Pereira de França
Técnica de Enfermagem
CORE: 224-665-TEC

104-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTÓPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	DIH	10/01/2018	DN	01/09/2004	
PACIENTE	VALDEMIRO GAVÃO COSTA				
AGNÓSTICO	FRATURA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO				
ALERGIAS	HAS	SIM	DM2		
IDADE	13 ANOS	LEITO	404-3	DATA	11/01/2018
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SID
2	SF0,9% 500ML EV 24/24h				
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				SUSP
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA				106
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SN				SW DO
8	TRAMADOL 100MG VO. 20 GOTAS. 8/8 HORA SE DOR INTENSA				
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
11	CURATIVO DIÁRIO				
13	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS				
14					
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					

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

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

SOLICITADO:

CONDUTA: ANTIBIOTICOTERAPIA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS V	PA	FC	FR	TAX	Dr MARCELO MARQUES CRM
6 H	125x75	98	16	36,5%	1918
12 H	115/80	106	20	36,3	Residente de Ortopedia e
18 H	100/76	100	18	37-C	Traumatologia
24 H	129x62	103	16	36,5%	

Dr MARCELO MARQUES CRM
1918
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

13 as 39h, m
leito. Adms n
dicofao e Afes
Sinais vitais
Gilda Aparecida de Oliveira Silva
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 787466-TE

11/01/18 - administrado medicagem, aferido sinais vitais
07 as 13



2004-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2018	DN	01/09/2004
PACIENTE	VALDEMIR GAVÃO COSTA				
AGNÓSTICO	FRATURA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS	SIM	DM2	
IDADE	13 ANOS	LEITO	404-3	DATA	12/01/2018
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	SF0,9% 500ML EV 24/24h				12
3	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				SUSP
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA				06
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				5N
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SN				5N
8	TRAMADOL 100MG VO. 20 GOTAS . 8/8 HORA SE DOR INTENSA				5N
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				3N
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Roraima
11	CURATIVO DIÁRIO				Curativo
13	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS				12 18 24 06
14					
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					

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

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

SOLICITADO :

CONDUTA : ANTIBIOTICOTERAPIA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO

SINAIS V	PA	FC	FR	
6 H				
12 H	ALTA HOSPITALAR			
18 H				
24 H				

DrMARCELO MARQUES CRM
1918
Residente de Ortopedia e
Traumatologia





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU – SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE VALDENIR GALVÃO COSTA, 13 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 09/01/18, COM
DIAGNÓSTICO DE OSTEOSSINTESE Fratura de Osso do braço

NO DIA 10/01/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
OSTEOSSINTESE Fratura de Osso do braço esquerdo SENDO

OPERADO PELO DR. DANSON E DR. ROBERTO DA SILVA

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 12/01/18, ÀS 12:00 horas, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 25/01/18, ÀS 8:00 horas, COM O
DR. DANSON DENIS

FO. limpa, seca, sem sinais. Fw Gista

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. DANSON

BOA VISTA, 19 / 01 / 18

Dr. Marcelo Marques
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1918/RR
MÉDICO



, WALDENIR G. COSTA

28/12/2017 17:01:32

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

58,0 %







, VALDENIR GALVAO COSTA

28/12/2017 16:15:19

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR.

53,7 %





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, 06 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190601749

Vítima: VALDENIR GALVAO COSTA

Data do Acidente: 28/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IVANIZIA SERVINO GALVAO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: IVANIZIA SERVINO GALVAO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 341

Agência: 000008526

Conta: 0000027683-0

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você