

PROCURAÇÃO

Outorgante: Sra. **ZENEIDE SANTANA BARROS** Brasileira, União estável, Auxiliar de limpeza, portadora da carteira de identidade nº 118558 SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 375.985.622-53, residente e domiciliada nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Av: Uiramutã Quadra 257 Lote 570, Nº: 1384 Bairro: Dr. Ailton Rocha - CEP: 69.318-704 Tel. (95) 99120-2647.

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, 13 de março de 2020.


ZENEIDE SANTANA BARROS

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Polegar Direito

Zeneide Santana Barros

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Idoso do Estado Brasileiro

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 118558

DATA DE EMISSÃO 30/10/2017

NOME ZENEIDE SANTANA BARROS

FILIAÇÃO VITALINO BARROS

NAZARÉ SANTANA BARROS

NATILIDADE BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO 27/11/1974

DOC. ORIGEM CERTD NASC 14.090 FLS 50 LIV A-12

1 OF BOA VISTA-RR

CPF 375.985.622-53

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI

Perito Paleógrafo de Polícia Civil

Director do ROC

P7

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Pelo presente instrumento particular e na melhor forma de direito, eu **ZENEIDE SANTANA BARROS** Brasileira, União estável, Auxiliar de limpeza, portadora da carteira de identidade nº 118558 SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 375.985.622-53. **DECLARO** para os devidos fins de comprovação e direitos legais, que resido nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Av: Uiramutã Quadra 257 Lote 570, Nº: 1384 Bairro: Dr. Airton Rocha - CEP: 69.318-704.

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, 13 de março de 2020.

Zeneide Santana Barros
Declarante

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, **ZENEIDE SANTANA BARROS** Brasileira, União estável, Auxiliar de limpeza, portadora da carteira de identidade nº 118558 SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 375.985.622-53, residente e domiciliada nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Av: Uiramutã Quadra 257 Lote 570, Nº: 1384 Bairro: Dr. Ailton Rocha - CEP: 69.318-704.

DECLARO para que produza os devidos fins de direito, que sou pobre na acepção do termo e que não posso arcar com as despesas do processo sem prejuízo de meu sustento.

Por ser verdade a declaração acima, firmo o presente.

Boa Vista/RR, 13 de março de 2020.

Zeneide Santana Barros
ZENEIDE SANTANA BARROS



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 025880/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 10/01/2020 07:56 Data/Hora Fim: 10/01/2020 08:10
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP PM 066586 Data: 16/08/2019
Delegado de Polícia: Wulpslander Trajano Junior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Plantão Central

Data/Hora do Fato: 16/08/2019 16:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Raiar do Sol
Logradouro: AV. ESTRELA DALVA

Nº: s/n

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ZENEIDE SANTANA BARROS (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Idade: 45 anos
Profissão: Autônomo

Estado Civil: Sem Informação

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 118558

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: AV UIRAMUTAN Nº: 1384
Bairro: PEROLA

Nome Civil: MARIA ROSA OLIVEIRA DA SILVA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Idade: 65 anos
Profissão: Autônomo

Estado Civil: Viúvo(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: AV UIRAMUTAN Nº: 1384
Bairro: PEROLA

Razão Social: POLICIA MILITAR (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 025880/2019-A01

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 375.985.622-53	Placa NAY2789
Renavam 00595425534	Número do Motor HC14E2E009697
Número do Chassi 9C2HC1420ER009697	Ano/Modelo Fabricação 2014/2013
Cor PRETA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/BIZ 100 ES
Modelo HONDA/BIZ 100 ES	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 28/07/2016	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

Zeneide Santana Barros

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Senhor Delegado

O ROP informa que em patrulhamento avistaram um acidente na av Estrela Dalva, onde a condutora ZENEIDE SANTANA BARROS e a acompanhante MARIA ROSA OLIVEIRA DA SILVA, estavam no motocicleta BIZ de cor preta, placa NAY 2789, colidiram com a calçada lateral da via, devido terem sido fechadas por um veículo que dobrou e foi embora, vindo a cair no chão. QUE devido a queda, houve fraturas expostas na perna direita da senhora Zeneide, além de várias outras lesões pelo corpo, tanto dela, como da senhora maria Rosa. QUE foi acionado de imediato o SAMU, para a condução das mesmas ao hospital. QUE a motocicleta foi entregue na residência da proprietária. Não foi possível fazer consultas no local. É o relato.

Obs.: este Boletim foi aditado nesta data à pedido da própria vítima.

ASSINATURAS


José Maria de Souza Moura

Agente Carcerário
Matrícula 42000193

Responsável pelo Atendimento


Zeneide Santana Barros

(Vítima)

"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
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral do 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.

1901149597	16/08/2019 17:33:45	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	26
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
ZENEIDE SANTANA BARROS	27/11/1974	44 A 8 M 19 D	705006059628457	37598562253	•	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IDENTIDADE	118558	SSPRR	23/09/2003	F	CASADO(A)	PARDA
Mãe	NAZARE SANTANA BARROS			Contato	Nacionalidade	
Endereço	AVENIDA - UIRAMUTÁ - 1384 - AIRTON ROCHA - BOA VISTA - RR			(95) 99120-2647	BRASILEIRA	
				Ocupação	NÃO INFORMADA	

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
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA					
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:			
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL		ANTONIA.SOARES			
Queixa Principal	☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue					

Vítima de acidente de motocicleta

Anamnese de Enfermagem	GSC	TOTAL
	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - _____h)
Paciente trazida pelo SAMU, vítima de trauma com motocicleta, com coloração cervical e imobilização da tábua em prisma. Relata uso de bebida alcoólica, uso de capacete, relata não recordar do momento do acidente, não vomitou.
Exame Físico
PE: Tórax, insuflado, contatante, rotineiro. Vias aéreas patentes, boa expansão de tórax com identificação de ruídos à palpação. AR: MV diminuída globalmente. Abdômen: plano, flexível, sem hematomas, indolor à palpação. Nega dor em quadril, o mesmo com crepitação, realiza flexão do coto sem dificuldade. Ausculta em prisma.
Hipótese Diagnóstica: 1) Fratura da costela cervical indolor, com alterações esqueléticas, porém sem o perigo imobilização da mesma.

ANÁLISE DA ORIENTAÇÃO

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Prescrição manuscrita: 2g @ 8h



Dr. Claudio L. Moraes
CRM-PA 1417

Conduta

- ☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☐ Transferência para:

- ☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: / /

Óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: antonia.souares
Data/Hora: 16/08/2019 17:34:27



114

Trans: 17/08/19

SUS Sistema Único de Saúde

NIR LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

NIR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: H.G.R.

2 - CNES: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

4 - CNES: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE: Zeneide Santana Barros

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 174669

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 705006059628457

8 - DATA DE NASCIMENTO: 27/11/74

9 - SEXO: F

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: Nazare Santana Barros

11 - TELEFONE DE CONTATO: 95991202642

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Av Vinomuta 1384 Quinton Rocha

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: B.V.

14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO: 140010

15 - UF: RR

16 - CEP: 69301000

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Paciente com fratura exposta

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Tratamento cirúrgico

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): História + Exame físico + Radiografia

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: fratura exposta de fêmur lateral (B)

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

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento cirúrgico de fratura exposta fêmur lateral (B)

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

26 - CLÍNICA: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

28 - DOCUMENTO: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Dr. [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 16/08/19

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO: Dr. [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

33 - ACIDENTE DE TRABALHO: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

36 - CNPJ DA SEGURADORA: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

37 - CNPJ EMPRESA: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

38 - CNAE DA EMPRESA: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

39 - CBOB: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

41 - EMPREGADO: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

42 - EMPREGADOR: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

43 - AUTÔNOMO: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

44 - DESEMPREGADO: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

45 - APOSENTADO: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

46 - NÃO SEGURO: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

45 - DOCUMENTO: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 16/08/19

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 0408050543

50 - SÉRIE: 5823

51 - V799



BOLETIM OPERATÓRIO

Zeneide Santana Barros

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 16.08.19

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

1º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em D.D.H., sob medicação
- 2) Exame e Inspeção
- 3) Bloqueio de campos anestésicos
- 4) Lavagem mecânica e hemostase com 10% de
- 5) Soro fisiológico 0,9%
- 6) Sutura de pele.
- 7) Melway mercur + drenos com sucção
- 8) Entrega sob
- 9) de imagens
- 10) Gostamos
- 11) MPA

Vitor Edson de Santiago
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1635
RQE: 610

Dr. Odinachi Okeni
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1635



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patriótica dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Venêcia Santana Gomes 44c 16/08/19

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO.

Nº Nega Alegrie
Nega WPP.

AGENTES	15	30	45	22	15	30	45	15	30	45	15	30	45	
02														
LIQUIDOS VENOSOS	<u>SP</u> <u>SP</u> <u>SP</u> <u>SP</u> <u>280</u> <u>250</u> <u>280</u> <u>280</u>													
DA	10	240	<u>SP</u> <u>100</u> <u>95</u> <u>100</u> <u>95</u> <u>100</u>											
X	30	230												
ULSO	36	200												
ANES	34	180												
X	32	160												
OP	30	140												
O														
TEMP		120												
		100												
ASPIR		80												
A		60												
RESP		40												
O		20												
Expon														
Anest														
Contro														
SÍMBOLOS	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u>													
AGENTES	DOSES		TÉCNICA		ANOTAÇÕES									
A	<u>Bupivac 20mg</u>		<u>Intubação orotraqueal</u>		<u>X - CHECK - LAST Anest.</u>									
B			<u>Intubação orotraqueal</u>		<u>1) AUP 3) CVO 28mm</u>									
C			<u>Intubação orotraqueal</u>		<u>2) Rague - Bupivac. 20mg</u>									
D					<u>4) clindamicin. 600mg</u>									
E					<u>5) ceftriaxona 2g</u>									
F														
G														
GLICOSE	LIQUIDOS		Canula - Naso / Oro Faríngea		<u>Salto P. SADA</u>									
NOCD			Naso / Orotraqueal / Gogo											
SANGUE			Bal - Tamp - Catete do Tubo											
			Sob Máscara											
	<u>se e 35. 1800</u>		Difundida Técnica											
TOTAL			TEMPO DE ANESTESIA											
OPERAÇÃO	<u>Amoção fístula em fístula</u>		<u>fístula</u>		Laringo - Espasmo - Excesso Secre				Hemorragia - Arteria					
					Depressão Respiratória - Hipoxia				Bradi Taquicardia - Choque					
					"Bucking" - Vômito									
ANESTESIA	<u>De Michel</u>		CÓDIGO		CIRURGIÃO		<u>Da Vitor R.</u>		PERÍODOS SANGÜINEOS					
	<u>R. Bruno</u>								<u>ESPASMO.</u>					

Michel M. Moura
Médico Anestesiologista
CRM - RR 1106

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Sala - 1

44a

PRONTUÁRIO DE VENTILADORIA / CORRESPONDENTE EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Zeneide Santos ^{Santana} Barros	CIRURGIA	1901149592 16	8 19
TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		

TID. CIR. FRAT. EXPOSTA PILÃO TIBIAL "D"	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
	21:50	23:00	
EQUIPE MÉDICA	ANESTESISTA:	RES. ANESTESIA:	INSTRUMENTADOR
Dr. Vitor Paracate	Dr. Michel	Dr. Bruno	
Dr. Pablo (R)			
Dr. Edinazh (R)			

TIPO DE ANESTESIA: Rague	CIRCULANTE	TEMPO DE DURAÇÃO:
	Cláudio + Soares	

Q	QNT	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
70		PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.			FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
000		PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
		LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
		LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
		LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
		LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
000		LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
7		LÂMINA BISTURI Nº 24			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	
17		SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
		SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
		SERINGA 10ML			GEOFOAM	
4		SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
					OUTROS: Cateter 02 eletródios	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA VISTO DOS RESPONSÁVEIS	DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	MATERIAL MEDICAMENTOS	
ENFERMEIRA CHEFE	SUB-TOTAL	
GABRIELA	TAXA DE SALA	
GUELEN	TAXA DE ANESTESIA	
FUNÇÃO/ARCO/CAULOS	SOMA	
CIRCULANTE DE SALA		
	ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	



ESTADO DE RORAIMA
FUNDAÇÃO PATRIMÔNIO DOS SERVIDORES
CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	Especialidade: ORTOPEDIA	Procedimento Realizado: TTO CIRURGICO PILÃO TIBIAL DII
Nome do Paciente: Sandra ZENELDE SANTOS BARROS	Nº do Prontuário	Data 16/8/19
Bloco:	Enfermaria:	Leito:
		Nº da Sala 01
		Circulante de Sala: CLAUDENIR + SORAIS
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:		
MEMBRO INFERIOR		

Dados dos materiais/Serviço

[illegible]

MÉDICO CIRURGIÃO: Dr. VITOR PARACATE

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

1ª VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE
2ª OPME/CME

Lote: 004355 Código: F08 3 200
SISTEMA DE FIXACAO OSSEA
BARTORI - LINEFIX
FEMUR/BACIA T 400 - ESTERIL
Fab.:22/10/2018 Val.:10/2023
Registro Anvisa Nº 80083650031
Material ACO INOX/ALUMINIO

Lulz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartoriltda.br

Lote: 00951S Código: AF35 8 680
PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R
X C X 4,5 X 200 X T
Fab.:28/12/2018 Val.:12/2023
Registro Anvisa Nº 80083650026
Material ACO INOX F138

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ltd.br

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3300, Aeroporto
CEP 69.310-005 | Boa Vista - Roraima - Brasil
Fone: (68) 3121-0000
E-mail: opinion@hospitalgeral.com.br





414-02

SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA D

Nome: Carla Sandona Bova

Data de Nascimento: 27 / 11 / 79 Idade: 44

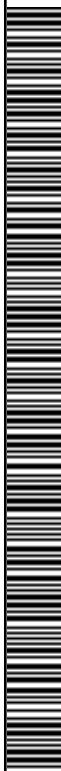
Setor/Leito: GT

Termo de Consentimento Cirurgia: () Sim (X) Não

Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não

[illegible]

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	27/10/20	
PACIENTE		Zenele Santana Gomes			
AGNÓSTICO		fratura supracondil. de fêmur lateral			
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	DATA	17/08/19	
ITEM		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SND	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			infante	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N			SN	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			02/08/19 (20)	
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			02/08/19 (20)	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			SN	
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM			SN	
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			14/22/06	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			SN	
10	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H			02/08/19 (20)	
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H			02/14	
12					
13					
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SN	
17	SSVV + CCGG 6/6 H			rotina	
18	CURATIVO DIÁRIO			M	
19					
20					
21					
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, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:					
Dr. Odinachi Okemini Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM: 16811RH					
SINAIS VITAIS				MEDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
6 H	PA	FC	FR		
12 H					
18 H					
24 H					



064. 123x85 104 T-36°C
Das 05:30 as 07 HS. foi administrado medicação e
afetado Sinais vitais do horário necessário
aux. Siqueira Monteiro
Aux. de Enfermagem
COREN-RR 292574-AUX

414.2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/08/2019	DN	27/11/1974
PACIENTE ZENEIDE SANTANA BARROS					
AGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA DE PILAO TIBIAL DIREITO					
ALERGIAS		HAS	DM2		
IDADE	44	LEITO	414-2	DATA	17/08/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA LIVRE				5h
2	AVP				Manter
3	CIPROFLOXACINA 500MG EV 12/12H				12 24
4	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
5	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N 11:20				5h
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
8	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
9	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				
10	CURATIVO DIÁRIO				curativo
11	SSVV + CCGG 6/6 H				Rolha
12	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H				12 18 24 06
13					
14					
15					
16					
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					
Dr. Marcus Brunner Médico CRM-RJ 1917					
Dr. Odinachi Okemir Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM: 185119					
SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR		
12 H	130/80	76	19	36°C	
18 H					
24 H					

11:20 + Paciente quiando-se de dor; adminis.
trando o item 5; aux: Ave

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 NEURÓLOGO		SISTEMA CARDIOVASCULAR	
☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Desorientado	☐ Normocárdico ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico	BC: _____	
☐ Sedado ☐ Torpido ☐ Comatoso	☐ Normotenso ☐ Hipotenso ☐ Hipertenso	PA: _____	
☐ Agitado ☐ Reage a estímulos ☐ Não reage	☐ Pulso Cheio ☐ Filiforme ☐ Arritmico	Pulso: _____	
PUPILAS		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL	
☐ Fotorreagente ☐ Mióticas ☐ Midríaticas	☐ VO ☐ SNG/SOG ☐ SNE/SOE ☐ GTT ☐ NPT		
☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Não reagentes	Aceitação da dieta: ☐ Sim ☐ Não ☐ Parcial		
REGULAÇÃO TÉRMICA		Evacuações: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Colostomia	
☐ Afebril ☐ Hipotérmico ☐ Hipertérmico	☐ Normal ☐ Diarreia ☐ Constipação ☐ Melena		
☐ Febril ☐ Febre ☐ Piroxia	Flatos: ☐ Presente ☐ Ausente		
REGULAÇÃO ABDOMINAL		SISTEMA URINÁRIO / DIURESE	
☐ Hidratada ☐ Desidratada ☐ Ressecada	☐ Normotenso ☐ Distendido ☐ Globoso ☐ Flácido		
☐ Normocorada ☐ Hipocorada ☐ Hipercorada	☐ Ascítico ☐ Maciço ☐ Timpânico		
☐ Anictérica ☐ Ictérica ☐ Cianótica	Ruídos Hidroaéreos: ☐ Presente ☐ Ausente		
☐ Acianótica ☐ Edema Local: _____	Visceromegalias: ☐ Sim ☐ Não FO: ☐ Sim ☐ Não		
Úlcera por pressão: ☐ Sim ☐ Não	☐ Espontânea ☐ SVD ☐ Anúria ☐ Oligúria		
Região: _____	☐ Poliúria ☐ Disúria ☐ Colúria ☐ Hematúria		
Curativo realizado: ☐ Sim ☐ Não FO: ☐ SIM ☐ NÃO	☐ 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	☐ Sim ☐ Não		
Sondas: ☐ Sim ☐ Não ☐ SNG	☐ SOG ☐ SNE ☐ SOE ☐ GTT ☐ Lavagem ☐ Sifonagem		
Dreno 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 no autocuidado para Higiene		
Escala de Morse			
1. Histórico de Queda		4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado	
Não	0	Não	0
Sim	25	Sim	20
2. Diagnóstico Secundário		5. Marcha/Deambulação	
Não	0	Normal/Sem deambulação/Acamado	0
Sim	15	Fraca	10
3. Auxílio na Deambulação		Comprometida/Cambaleante	
Nenhum/Acamado/Auxiliado	0	6. Estado Mental	
Muleta/Bengala/Andador	15	Orientado/limitado/conhece as limitações	0
Mobiliário Parede	30	Superestima capacidade/Esquece limitação	15
TOTAL:	Risco Baixo: 0 - 24	Risco Médio: 25 - 44	Risco Alto: maior que 45
Prescrição para prevenção de queda no verso			



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, 12 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200110908

Vítima: ZENEIDE SANTANA BARROS

Data do Acidente: 16/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ZENEIDE SANTANA BARROS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00751/00752 - carta_11 - INVALIDEZ

