

# ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

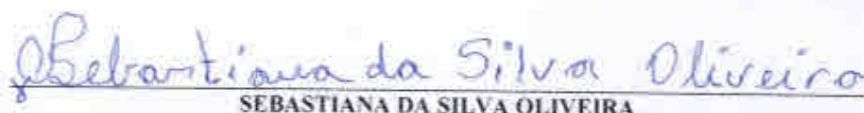
## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** SEBASTIANA DA SILVA OLIVEIRA Brasileira, casada, agricultora, portador (a) da cédula de identidade nº 174748 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 632.093.142-68 residente e domiciliado nesta cidade de Boa vista, Estado de Roraima sito à Vc.02 nº Samauma ST. Padre- Villa Nova Esperança, CEP: 69.340-000. Tel: (95) 98408-4532, E-mail:ladislauoliveira\_@hotmail.com.

**Outorgado:** : **Dr. MARLON TAVARES DANTAS**, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR 1832, **Dra. ELINEIVA COSTA SILVA**, Brasileira, Solteira, Advogada OAB/RR 1743, **Dra. ANDRESSA SANTOS MIRABILE**, Brasileira, Solteira, Advogada, OAB/RR 1560, ambos com o endereço profissional à Avenida General Ataíde Teive, nº 2748 - A – Bairro: Liberdade, CEP: 69309-000, Boa Vista/RR, Tel. (95) - 99129-6312 (vivo) 98108-7779 (Tim), 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, podendo promover todos os demais atos processuais necessários até o final da liquidação de sentença, sendo que a título de honorários advocatícios pagarei ao advogado a importância equivalente a 30% (trinta por cento) do valor bruto do resultado da demanda, exclusivamente em caso de êxito da ação, dando à presente o carácter de contrato de honorários.

Boa Vista/RR, 30 / 06 / 2020

  
SEBASTIANA DA SILVA OLIVEIRA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODELO CRUZ

  
Polegar Direito



AMADEU ROCHA TRIAMI  
Poder Judiciário do Estado de Roraima  
Município de Roraima

SEBASTIANA DA SILVA OLIVEIRA

REGISTRO CIVIL 174748

DATA DE EXPEDICAO 08/04/2019

DATA DE NASCIMENTO 20/01/1970

PL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 174748

DATA DE EXPEDICAO 08/04/2019

DATA DE NASCIMENTO 20/01/1970

PL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

# ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

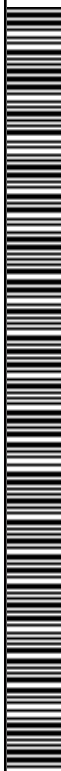
## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

**SEBASTIANA DA SILVA OLIVEIRA** Brasileira, casada, agricultora, portador (a) da cédula de identidade nº 174748 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 632.093.142-68 residente e domiciliado nesta cidade de Boa vista, Estado de Roraima sito à Vc.02 nº Samauma ST. Padre- Villa Nova Esperança, CEP: 69.340-000.

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, 30 / 06 / 2020

Sebastiana da Silva Oliveira  
**SEBASTIANA DA SILVA OLIVEIRA**





Para contato com  
a Roraima Energia,  
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0540403-0

RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Ené Gaiões, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 06.341.430/0001-44 | Insc. Estadual: 14.007.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série S-1  
Regime Especial de Impressão autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal

4229843

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pelo Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2003.

| CONTA MÊS     | VENCIMENTO | CONSUMO (KWH) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|---------------|------------|---------------|---------------------|
| DEZEMBRO/2019 | 05/01/2020 | 107           | 80,40               |

SEBASTIANA DA SILVA OLIVEIRA  
V. VC 02 SAMAUMA ST PADRE CIC - RURAL  
CEP: 69.340-000 - VILA NOVA ESPERANÇA/SAMAUMA

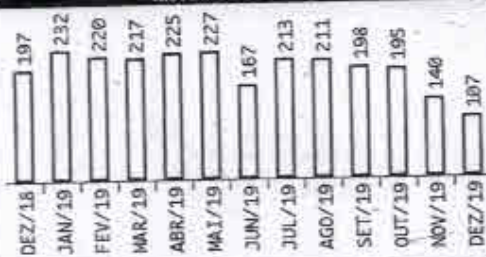
| DADOS DA LEITURA (KWH)                                                                                                                | DATAS DA LEITURA                                                                                                 | DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Atual: 0759<br>Anterior: 78<br>Dias de consumo: 1.208<br>Constante de Multiplicação: 1,67<br>Consumo medido: 187<br>Consumo Faturado: | Atual: 15/11/2019<br>Anterior: 15/01/2020<br>Próxima leitura: 15/12/2019<br>Emissão: 15/12/2019<br>Apresentação: | Grupo/Subgrupo: RURAL<br>Classe/Subclasse: MONO<br>Ligação: 148088573<br>Número Medidor: 148088573<br>Forma de Faturamento: NORMAL<br>Modalidade: |

| DESCRIÇÃO DA CONTA             | 107 A R\$ 0,577693 = | 61,81 |
|--------------------------------|----------------------|-------|
| CONSUMO                        |                      | 0,15  |
| CORREÇÃO MONETÁRIA IG 11/19-00 |                      | 3,68  |
| MULTA POR ATRASO (2X)          |                      | 0,82  |
| JUROS DE MORA DE IMPORTE (2X)  |                      |       |

OUTRAS INFORMAÇÕES  
TARIFA SEM TRIBUTOS:  
R\$ 187 - R\$ 4.459,500

Média 12 meses: 283

#### HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



LIGAD. 0808/01/19:20 E FICHA DE LIGAD. VENCIMENTO: R\$ 11.167,71 RR

# ADVOCACIA

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

**SEBASTIANA DA SILVA OLIVEIRA** Brasileira, casada, agricultora, portador (a) da cédula de identidade nº 174748 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 632.093.142-68 residente e domiciliado nesta cidade de Boa vista, Estado de Roraima sito à Vc.02 nº Samauma ST. Padre- Villa Nova Esperança, CEP: 69.340-000.

**DECLARO** para os devidos fins de direito e em especial para obter os benefícios da Justiça Gratuita, na forma do art. 2º, § Único e art. 4º, § 1º, ambos da Lei nº 1.060/50, que não disponho de recursos que me permita demandar em Juízo, sem prejuízo de meu próprio sustento e de minha família.

E por ser a expressão da verdade, assino o presente e dou fé.

Boa Vista/RR, 30 / 06 / 2020

Sebastiana da Silva Oliveira  
**SEBASTIANA DA SILVA OLIVEIRA**

8

### QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome .....  
Loc. Nasc. ....  
Est. .... Data ..... / ..... / .....  
Filiação .....  
.....  
Est. Civil ..... Doc. Nº .....  
Fls ..... Liv ..... Reg. Civil .....  
Outro doc .....  
Situação Militar .....  
Doc. .... Nº ..... Órgão ..... Est. ....  
Naturalizado Doc. Nº ..... Est. .... / ..... / .....

### ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em: .....  
Doc. Ident. Nº ..... Exp. em ..... / ..... / .....  
Estado .....  
Obs. ....  
Data Emissão ..... DRT .....  
Assinatura do Funcionário  
ENC. DO POSTO

### ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE (Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome .....  
Doc. ....  
Nome .....  
Doc. ....  
Nome .....  
Doc. ....  
Est. Civil .....  
Doc. ....  
Est. Civil .....  
Doc. ....  
Est. Civil .....  
Doc. ....  
Nascimento .....  
Doc. ....

MINISTÉRIO DO TRABALHO  
E DA  
PREVIDÊNCIA SOCIAL  
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS



CARTERA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



ASSINATURA DO PORTADOR



00004-MA  
Número ..... Série .....  
54671

8

### QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome

Loc. Nasc.

Est.

Filiação

Est. Civil

Fls.

Outro doc.

Situação Militar:

Doc.

Naturalizado

### ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em

Doc. Ident. Nº

Estado

Obs.

Data Emissão

Assinatura do Funcionário  
ENC DO POSTO

### ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE (Com relação nome, est. civil e data nasc.)

9

Nome

Doc.

Nome

Doc.

Nome

Doc.

Est. Civil

Doc.

Est. Civil

Doc.

Nascimento

Doc.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA DE ALTO ALEGRE - ALTO ALEGRE - RR

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 003342/2020-A01

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Inicio do Registro: 25/04/2020 08:19 Data/Hora Fim: 25/04/2020 08:20  
Origem: Polícia Judiciária  
Delegado de Polícia: Wesley Costa de Oliveira

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Afeto: Delegacia de Polícia de Alto Alegre  
Data/Hora do Fato: 06/01/2020 11:45

**Local do Fato**

Município: Alto Alegre (RR)  
Bairro: zona rural

Ponto de Referência: vicinal samaúma  
Tipo do Local: Área Rural

| Natureza                              | Meio(s) Empregado(s) |
|---------------------------------------|----------------------|
| 1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA | Outro(s)             |

**ENVOLVIDO(S)****Nome Civil: SEBASTIANA DA SIKVA OLIVEIRA (COMUNICANTE, VÍTIMA)**

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 20/01/1970 Idade: 50 anos  
Naturalidade: MA - Vitorino Freire Profissão: Agricultor  
Estado Civil: Casado(a)  
Nome da Mãe: Rita da Silva Oliveira Nome do Pai: Romão dos Santos Oliveira

**Documento(s)**

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 632.093.142-68

**Endereço**

Município: Alto Alegre - RR

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

|                                    |                                         |
|------------------------------------|-----------------------------------------|
| Grupo Veículo                      | Subgrupo Outros veículos                |
| Descrição celta                    | CPF/CNPJ do Proprietário 034.377.662-60 |
| Placa jxp0522                      | Renavam 00123977118                     |
| Número do Chassi 9bgrz08109g247142 | Ano/Modelo Fabricação 2009/2009         |
| Cor VERMELHA                       | UF Veículo Roraima                      |
| Marca/Modelo GM/CELTA 2P LIFE      | Veículo Adulterado? Não                 |
| Quantidade 1 Unidade               | Situação Envolvido                      |

| Nome Envolvido               | Envolvimentos |
|------------------------------|---------------|
| Sebastiana da Sikva Oliveira | Depositário   |

**RELATO/HISTÓRICO**

COMPARECEU NESTA DEPOL/AA A COMUNICANTE PARA INFORMAR O SEGUINTE FATO. QUE ESTAVA COMO PASSAGEIRA DO VEICULO GM/CELTA/2P/LIFE, PLACA JXP 0522, CHASSI 9EGRZ08109G247143 DE COR VERMELHA DE PROPRIEDADE DE SEU FILHO THALIS OLIVEIRA SOUZA PELA VICINAL DO SAMAUMA. QUE EM



Delegado de Polícia Civil: Wesley Costa de Oliveira  
Impresso por: Aquilino Anunciato Lima Level  
Data de Impressão: 25/04/2020 08:21  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA DE ALTO ALEGRE - ALTO ALEGRE - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003342/2020-A01

DETERMINADO MOMENTO O CONDUTOR DO VEÍCULO PERDEU A DIREÇÃO DO CORRO O QUE CAUSOU UM ACIDENTE DE CAPOTAMENTO. QUE A COMUNICANTE SOFREU VÁRIOS FERIMENTOS COMO: QUEBROU A CLAVÍCULA, FERIMENTO NA MÃO E OUTROS LEVES. QUE REGISTRA ESTE BO PARA INFORMAR AS AUTORIDADES COMPETENTES.  
É A INFORMAÇÃO

ASSINATURAS

  
Aquilino Anunciato Lima Level  
Responsável pelo Atendimento

Sebastiana da Sikva Oliveira  
(Vítima / Comunicante)

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

Wesley Costa de Oliveira  
Delegado de Polícia  
Matrícula 42000042



Delegado de Polícia Civil Wesley Costa de Oliveira  
Impresso por: Aquilino Anunciato Lima Level  
Data de Impressão: 25/04/2020 08:21  
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

10/06/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Ficha de atendimento prefeitura

| PREFEITURA MUNICIPAL DO ALTO ALEGRE                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                 | SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                  | SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FICHA DE ATENDIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    |
| CIDADE: BRAVO ALTO ALEGRE                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                 | EQUIPE: ICC - INACI - INACI - INACI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    |
| Endr: 00000000000000000000                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                 | Idade: 27 Sexo: M F                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    |
| Etnia: 00000000000000000000                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                 | Neg <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    |
| Motivo de referência:                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    |
| Nº da Ocorrência: 376                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                 | DATA: 06/06/2020                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                  | HORA DO ACIONAMENTO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                    |
| Médico (a) Regulador (a):                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                 | HORA CHEGADA NO LOCAL (J/H):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    |
| MOTIVO: <input type="checkbox"/> SOCORRO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR <input type="checkbox"/> APOIO <input type="checkbox"/> OUTROS                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    |
| MECANISMO DE TRAUMA                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    |
| AUTOMÓVEL                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                 | MOTO/BICICLETA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                  | VIOLÊNCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Atropelamento<br><input type="checkbox"/> Capotamento<br><input type="checkbox"/> Colisão X<br><input type="checkbox"/> Motorista<br><input type="checkbox"/> Passageiro Dianteiro<br><input type="checkbox"/> Passageiro Traseiro            |                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Uso do cinto <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO<br><input type="checkbox"/> Vidro quebrado<br><input type="checkbox"/> Vidro encarcerado<br><input type="checkbox"/> Air Bag<br><input type="checkbox"/> Acidente com moto X<br><input type="checkbox"/> Queda de moto<br><input type="checkbox"/> Com capacete<br><input type="checkbox"/> Sem capacete<br><input type="checkbox"/> Condutor<br><input type="checkbox"/> Passageiro<br><input type="checkbox"/> Bicycleta<br><input type="checkbox"/> queda de Bicycleta |                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Agressão Física<br><input type="checkbox"/> Espionamento<br><input type="checkbox"/> FAF<br><input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio<br><input type="checkbox"/> Violência Doméstica<br><input type="checkbox"/> Violência Sexual                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho<br><input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Tráfego<br><input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.<br><input type="checkbox"/> Acidente Doméstico<br><input type="checkbox"/> Queimadura Agente<br><input type="checkbox"/> Agressão p/ animal<br><input type="checkbox"/> Outros: |                                                                                                                                                                                                                                    |
| AVALIAÇÃO INICIAL                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    |
| Vias Aéreas                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                 | Ventilação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                  | Circulação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Apnéia<br><input type="checkbox"/> Bradipnéia<br><input type="checkbox"/> Dispnéia<br><input type="checkbox"/> Eupnéia<br><input type="checkbox"/> Obstruída<br><input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa<br><input type="checkbox"/> Taquipnéia |                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Abolida<br><input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa<br><input type="checkbox"/> Hipertimpanismo<br><input type="checkbox"/> M.V. Ausente<br><input type="checkbox"/> M.V. Diminuído<br><input type="checkbox"/> Maciez                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Arritmico<br><input type="checkbox"/> Ausente<br><input type="checkbox"/> Bradicardia<br><input type="checkbox"/> Enclenchimento capilar > 2s<br><input type="checkbox"/> Taquicardia                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> AVCN<br><input type="checkbox"/> DNV<br><input type="checkbox"/> Miase<br><input type="checkbox"/> Midriase<br><input type="checkbox"/> Anisocoria<br><input type="checkbox"/> Alcoolizado                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                    |
| SINAIS VITAIS E ESCORES                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    |
| Hora                                                                                                                                                                                                                                                                   | P.A mmHg                                                                                                                                                                                                                                        | F.C bpm                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | F.R Mpm                                                                                                                                                                                                          | Sat O <sub>2</sub> %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Temp. °C                                                                                                                                                                                                                           |
| Inicio                                                                                                                                                                                                                                                                 | 120/80                                                                                                                                                                                                                                          | 100                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 20                                                                                                                                                                                                               | 99                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 36,5                                                                                                                                                                                                                               |
| Fim                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    |
| AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    |
| Pele                                                                                                                                                                                                                                                                   | Cabeça                                                                                                                                                                                                                                          | Faca                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Pescoço                                                                                                                                                                                                          | Tórax                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Abdomen                                                                                                                                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> Cianótica<br><input type="checkbox"/> Corada<br><input type="checkbox"/> Fria<br><input type="checkbox"/> Pálida<br><input type="checkbox"/> Quente<br><input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca                           | <input type="checkbox"/> Afundamento<br><input type="checkbox"/> Confusão<br><input type="checkbox"/> Escoriação<br><input type="checkbox"/> Fer. Penetrante<br><input type="checkbox"/> Hematoma<br><input type="checkbox"/> Laceração         | <input type="checkbox"/> Contusão<br><input type="checkbox"/> Escoriações<br><input type="checkbox"/> Lacerações<br><input type="checkbox"/> Ferimento ocular                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia<br><input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo<br><input type="checkbox"/> Escoriações<br><input type="checkbox"/> Hematoma<br><input type="checkbox"/> Lacerações | <input type="checkbox"/> Escoriações<br><input type="checkbox"/> Lacerações<br><input type="checkbox"/> Resp. paradoxal<br><input type="checkbox"/> Tamponamento<br><input type="checkbox"/> Tórax instável                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Distendido<br><input type="checkbox"/> Doloroso<br><input type="checkbox"/> Em tábua<br><input type="checkbox"/> Escoriações<br><input type="checkbox"/> Evacuação<br><input type="checkbox"/> Lacerações |
| Pelve                                                                                                                                                                                                                                                                  | Coluna Cervical                                                                                                                                                                                                                                 | Membros                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Contusão<br><input type="checkbox"/> Escoriações<br><input type="checkbox"/> Dor<br><input type="checkbox"/> Instabilidade                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Contusão<br><input type="checkbox"/> Hematoma<br><input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Intensa<br><input type="checkbox"/> Deformidade | <input type="checkbox"/> Contusão<br><input type="checkbox"/> Escoriações<br><input type="checkbox"/> Lacerações<br><input type="checkbox"/> Luxações<br><input type="checkbox"/> Fratura<br><input type="checkbox"/> Amputação<br><input type="checkbox"/> Enrijecimento<br><input type="checkbox"/> Ausência                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    |
| AVALIAÇÃO CARDIACA                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                 | AFECÇÃO CLÍNICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                  | HISTÓRIA REGRESSA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal<br><input type="checkbox"/> Taquicardia<br><input type="checkbox"/> Bradicardia<br><input type="checkbox"/> Flutter                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial<br><input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular<br><input type="checkbox"/> Assintolia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Cardiovascular<br><input type="checkbox"/> Metabólica<br><input type="checkbox"/> Neurológica<br><input type="checkbox"/> Psiquiátrica<br><input type="checkbox"/> Respiratória                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Aborto<br><input type="checkbox"/> Digestiva<br><input type="checkbox"/> Infecção<br><input type="checkbox"/> Obstétrica<br><input type="checkbox"/> Pediátrica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Alergias<br><input type="checkbox"/> Cardiopatia<br><input type="checkbox"/> Diabetes<br><input type="checkbox"/> HAS<br><input type="checkbox"/> Sequela AVC                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                    |
| GRAVIDADE COMPROVADA                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> ILESO <input type="checkbox"/> PEQUENA <input type="checkbox"/> MÉDIA <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/> INDETERMINADA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Cancelamento<br><input type="checkbox"/> Não se encontrava no local<br><input type="checkbox"/> Treta                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento<br><input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização<br><input type="checkbox"/> Bombeiro no local                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                  | MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Polícia Militar<br><input type="checkbox"/> SMTRAN<br><input type="checkbox"/> PRF<br><input type="checkbox"/> Guarda Municipal<br><input type="checkbox"/> Bombeiro<br><input type="checkbox"/> DETRAN                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Iniciada as:                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP Não realizado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Terminado as:                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso OBS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Atendido no local<br><input type="checkbox"/> Pronto Atendimento - PAAR                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Grande Trauma - GT<br><input type="checkbox"/> Hosp. Coronel Mota - HCM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Pol. Coarife e São - PCCB<br><input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA<br><input type="checkbox"/> HMUNSN<br><input type="checkbox"/> Hosp. Das Clínicas/RR - HCR<br><input type="checkbox"/> Hosp. Lote 116 - HLI<br><input type="checkbox"/> Outros                                                     |                                                                                                                                                                                                                                    |

Elenilde Alves Leal  
Enfermeira  
Coren-RR 353 429-ENF



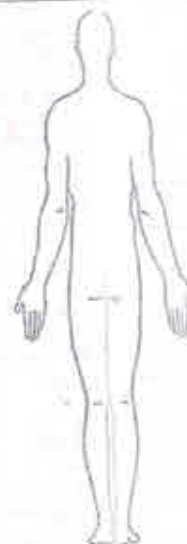
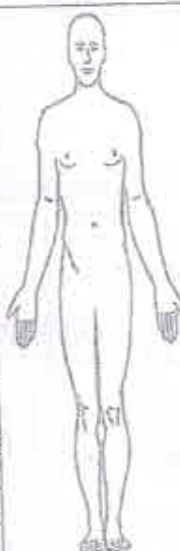
PREFEITURA MUNICIPAL DO ALTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



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

|                                                                         |                          |                      |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------|
| GESTANTE                                                                |                          | MATERIAL E MEDICAÇÃO |
| IG pr/estimar: _____                                                    | Movimentos fetais: _____ |                      |
| Pêda de líquido: _____                                                  | BCF: _____               |                      |
| <input type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão |                          |                      |

|                               |                               |          |
|-------------------------------|-------------------------------|----------|
| 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            | 6 pontos |
|                               | Localiza dor                  | 5 pontos |
|                               | Flexão normal (reflexa)       | 4 pontos |
|                               | Flexão anormal (decorticação) | 3 pontos |
|                               | Extensão (descerebração)      | 2 pontos |
|                               | Sem resposta (flacidez)       | 1 ponto  |
| 3. Resposta Verbal (V)        | Orientado                     | 5 pontos |
|                               | Confuso                       | 4 pontos |
|                               | Palavras inapropriadas        | 3 pontos |
|                               | Sons incompreensíveis         | 2 pontos |
|                               | Sem resposta                  | 1 ponto  |



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192  
DE ATENDIMENTO NA VILA DE ALTO ALEGRE A MEMBRO  
VELHO DE ALTO ALEGRE SOLICITANDO O SAMU 192  
NO QUILÔMETRO 20, PRÓXIMO DA BR-040 E O  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192  
DE ATENDIMENTO NA VILA DE ALTO ALEGRE A MEMBRO  
VELHO DE ALTO ALEGRE SOLICITANDO O SAMU 192  
DE ATENDIMENTO NA VILA DE ALTO ALEGRE A MEMBRO  
VELHO DE ALTO ALEGRE SOLICITANDO O SAMU 192  
DE ATENDIMENTO NA VILA DE ALTO ALEGRE A MEMBRO  
VELHO DE ALTO ALEGRE SOLICITANDO O SAMU 192





**PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO ALEGRE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**SERVIÇO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGENCIA**  
**SAMU 192**

**REQUERIMENTO**

**ILMO. (a) Coordenador (a) do SAMU 192/ALTO ALEGRE**

Venho requerer, conforme as normas de mecanismo do serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU 192, as seguintes informações.

Local da ocorrência: Vicinal 02 Sampaio Bairro / Vicinal: Vicinal 02 Sampaio

Data: 06/01/2020 Hora: 13:00 DIA

Nome do usuário: Sebastião da Silva Oliveira

☒ Ficha de atendimento SAMU

☒ Informação específica da Ocorrência

☐ Outros

Obs.: \_\_\_\_\_

**1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE**

Nome: Sebastião da Silva Oliveira

RG nº 174748 Órgão Exp. SSP/RR

CPF nº 632.093.142-08 Naturalidade: Vitória praina

Endereço: Vicinal 02 (Sampaio) Bairro: Sampaio

Telefone: (95) 984084532 Celular: (95) 991152846

Grau de parentesco com o usuário (a) USUÁRIO DO SERVIÇO MOVEL

Neste termo

Pede deferimento

Alto Alegre - RR 23 / 01 / 2020

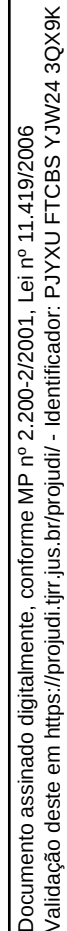
Sebastião da Silva Oliveira

Assinatura do Requerente



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGENCIA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO ALEGRE

## REQUIREMENTS



|                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                    |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                    |  |                                     |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|--|
|  <b>GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA</b><br>Secretaria de Estado da Saúde<br>Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE<br>Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 |  | 1ª Classificação: <input type="checkbox"/> Vermelho<br><input type="checkbox"/> Laranja<br><input type="checkbox"/> Amarelo<br><input type="checkbox"/> Verde<br><input type="checkbox"/> Azul Ass. |  | Reclassificação: <input type="checkbox"/> Vermelho<br><input type="checkbox"/> Laranja<br><input type="checkbox"/> Amarelo<br><input type="checkbox"/> Verde<br><input type="checkbox"/> Azul Ass. |                                                                                       | Reclassificação: <input type="checkbox"/> Vermelho<br><input type="checkbox"/> Laranja<br><input type="checkbox"/> Amarelo<br><input type="checkbox"/> Verde<br><input type="checkbox"/> Azul Ass. |  | URGENTE                             |  |
| 2001206103 06/01/2020 14:47:00                                                                                                                                                                                                         |  | <b>FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA</b>                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                    |                                                                                       | DIURNO 07-19 27                                                                                                                                                                                    |  |                                     |  |
| Paciente: <b>SEBASTIANA DA SILVA OLIVEIRA</b><br>Tipo Doc: <b>IDENTIDADE</b> Documento: <b>174748</b> Órgão Emissor: <b>MA</b> Data Emissão: <b>20/01/1970</b>                                                                         |  | Data Nascimento: <b>20/01/1970</b> Idade: <b>49 A 11 M 17 D</b>                                                                                                                                     |  | CNS: <b>701402664850937</b>                                                                                                                                                                        |                                                                                       | CPF: <b>63209314268</b>                                                                                                                                                                            |  | Prontuário: <b>177386</b>           |  |
| Mãe: <b>RITA DA SILVA OLIVEIRA</b><br>Endereço: <b>RUA - SN - CENTRO - RORAINOPOLIS - RR</b>                                                                                                                                           |  | Sexo: <b>F</b> Estado Civil: <b>SOLTEIRO(A)</b> Raça/Cor: <b>PARDA</b>                                                                                                                              |  | Naturalidade: <b>MA</b>                                                                                                                                                                            |                                                                                       | Nacionalidade: <b>BRASILEIRA</b>                                                                                                                                                                   |  | Contato: <b>(95) 99131-5663</b>     |  |
| Class. de Risco: <b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>                                                                                                                                                                                   |  | N° da Carteira: <b>URGÊNCIA</b>                                                                                                                                                                     |  | Validade: <b>AMBULANCIA (HOSPITAL)</b>                                                                                                                                                             |                                                                                       | Autorização: <b>ANTONIA SOARES</b>                                                                                                                                                                 |  | Sis Prenatal: <b>ANTONIA SOARES</b> |  |
| Motivo do Atendimento: <b>ACIDENTE DE CARRO</b>                                                                                                                                                                                        |  | Caráter do Atendimento: <b>URGÊNCIA</b>                                                                                                                                                             |  | Profissional do Atend.: <b>AMBULANCIA (HOSPITAL)</b>                                                                                                                                               |                                                                                       | Procedência: <b>Temp.</b>                                                                                                                                                                          |  | Peso: <b>Pressão</b>                |  |
| Queixa Principal: <b>GRANDE TRAUMA</b>                                                                                                                                                                                                 |  | Tipo de Chegada: <b>AMBULANCIA (HOSPITAL)</b>                                                                                                                                                       |  | Procedimento Sol.: <b>Registrado por: ANTONIA SOARES</b>                                                                                                                                           |                                                                                       | <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue                                                             |  |                                     |  |
| Anamnese de Enfermagem:                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                     |  | GSC: <b>AD: 123</b>                                                                                                                                                                                |                                                                                       | TOTAL: <b>15</b>                                                                                                                                                                                   |  |                                     |  |
| Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)<br><b>PAUENTE ENCAMINHADA DE AUTOACRESCE O RELATO DE ACIDENTE AUTOMOBILIÁRIO, APRESENTANDO DOIS E REFORMAÇÃO EM CLAVÍCULA DIREITA.</b>                                                      |  |                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                    |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                    |  |                                     |  |
| Exame Físico: <b>PACIENTE PRESENTA DOIS TRAUMAS ENALÉSTICOS EM ALTO ACRESCE</b><br><b>BEULOTE, AAA, LONANO, MONITADO, GURVEICA</b>                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                    |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                    |  |                                     |  |
| Hipótese Diagnóstica: <b>FRATURA DE CLAVÍCULA?</b>                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                    |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                    |  |                                     |  |
| SADT - Exames Complementares: <b>(X) RAIO-X ( ) ULTRA-SON ( ) TC ( ) SANGUE ( ) URINA ( ) ECG ( ) OUTROS:</b>                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                    |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                    |  |                                     |  |
| PRESCRIÇÃO: <b>SOLICITAÇÃO DE CLAVÍCULA @</b>                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                     |  | APRAZAMENTO:                                                                                                                                                                                       |                                                                                       | OBSERVAÇÃO:                                                                                                                                                                                        |  |                                     |  |
| Assinatura do Médico: <b>Pedro Lins</b><br>Médico: <b>CRM-RR 2142</b>                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                     |  | Assinatura do Médico: <b>Laudirio Quator</b><br>Médico: <b>CRM-RR 1882</b>                                                                                                                         |                                                                                       | Assinatura do Médico: <b>27-01-2020</b><br>Certificação: <b>Esta cópia é verdadeira e original</b>                                                                                                 |  |                                     |  |
| Conduta: <b>( ) Alta por Decisão Médica ( ) Alta a Pedido ( ) Alta a Revelia ( ) Transferência para: ( ) Ambulatório ( ) Observação (Até 24h) ( ) Internação</b>                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                    |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                    |  |                                     |  |
| óbito: <b>Antes do 1º Atendimento? ( ) Sim ( ) Não Destino: ( ) Família ( ) IML Anatomia Patológica</b>                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                    |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                    |  |                                     |  |
| Assinatura do Paciente ou Responsável:                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                    | Carimbo e Assinatura do Médico:                                                       |                                                                                                                                                                                                    |  |                                     |  |
| Impresso por: <b>antonio.soares</b><br>Data Hora: <b>06/01/2020 14:48:04</b>                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                    |  |                                     |  |

\* Ortopedia

Tranquila quanto um assíncula (1)

RX uniaxiais fratura de 1/3 médio com  
unio com potencial a fto. angica. Ao elom: Trunco  
de repicção aia.

AD: Ao. NIR  
Encaminho ao HC.

Dr. Fernando Rezende  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2007

NIR

1100001- 08/01/2020

**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 SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

2 - CNES: \_\_\_\_\_

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: \_\_\_\_\_

4 - CNES: \_\_\_\_\_

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE: Silvia Oliveira

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 2011402664850937

8 - DATA DE NASCIMENTO: 20/01/1970

9 - SEXO: Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: Rita da Silva Oliveira

11 - TELEFONE DE CONTATO: 915 991131156163

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): \_\_\_\_\_

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Rio de Janeiro

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: 3309012

15 - UF: RJ

16 - CEP: \_\_\_\_\_

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Fratura de Clavícula (L) com minoração da Expositio

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Fractura Clavicular

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): RX + Ex. Físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura de Clavícula Direita

21 - CID 10 PRINCIPAL: \_\_\_\_\_

22 - CID 10 SECUNDÁRIO: \_\_\_\_\_

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Ortopedia

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

26 - CLÍNICA: Ortopedia

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: \_\_\_\_\_

28 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Vitor Peres

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 06/01/2020

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Dr. Fernando Rezende Medico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM-RJ 2007

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA: \_\_\_\_\_

37 - Nº DO BILHETE: \_\_\_\_\_

38 - SÉRIE: \_\_\_\_\_

39 - CNPJ EMPRESA: \_\_\_\_\_

40 - CNAE DA EMPRESA: \_\_\_\_\_

41 - CBOR: \_\_\_\_\_

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURO

**AUTORIZAÇÃO**

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: \_\_\_\_\_

44 - Cód. ORÇÃO EMISSOR: \_\_\_\_\_

45 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 01/02/20

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): 0308010019 T068 5420 V99

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: \_\_\_\_\_



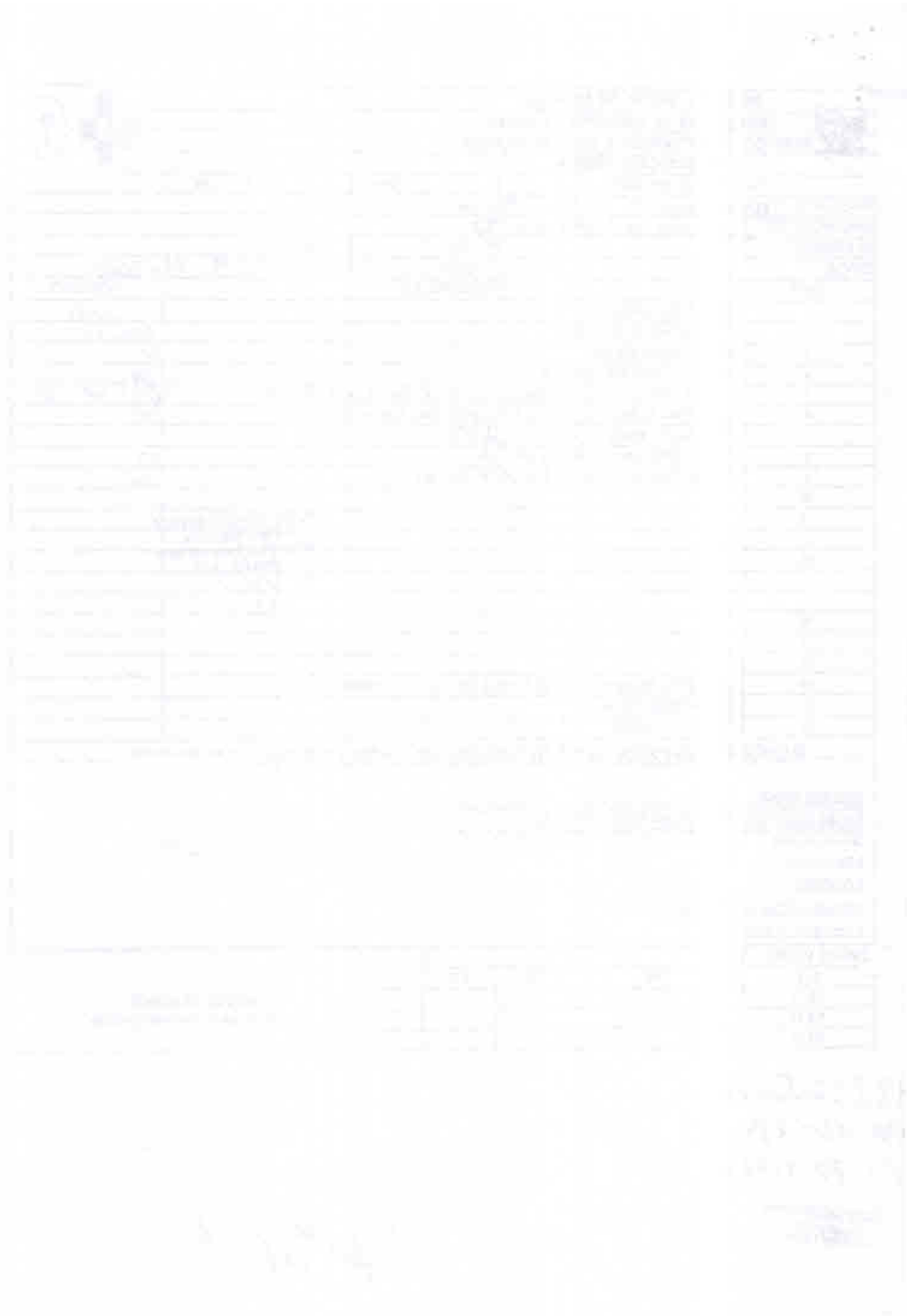
| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                              |    |  | SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA |      | SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |                   | PRESCRIÇÃO MÉDICA |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----|--|--------------------------------|------|--------------------------------------|-------------------|-------------------|--|
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                              |    |  | DIH                            | DN   |                                      |                   |                   |  |
| PACIENTE: <i>Silviana de Jesus Oliveira</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                              |    |  |                                |      |                                      |                   |                   |  |
| DIAGNÓSTICO: <i>fratura de tíbia e fíbula</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                              |    |  |                                |      |                                      |                   |                   |  |
| ALERGIAS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                              |    |  | HAS                            | DM2  |                                      |                   |                   |  |
| IDADE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                              |    |  | LEITO                          | DATA |                                      | <i>06.01.2020</i> |                   |  |
| TEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | PRESCRIÇÃO                                                   |    |  |                                |      |                                      | HORÁRIO           |                   |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | DIETA ORAL LIVRE                                             |    |  |                                |      |                                      | SND               |                   |  |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                                     |    |  |                                |      |                                      | Mantido           |                   |  |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SF 0,9% 500ML EV S/N                                         |    |  |                                |      |                                      | S/N               |                   |  |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | DIPIRONA 500MG EV 6/6H S/N                                   |    |  |                                |      |                                      | S/N               |                   |  |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA |    |  |                                |      |                                      | <i>24</i> 08 16   |                   |  |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 5     |    |  |                                |      |                                      | S/N               |                   |  |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA <i>18:23</i>                        |    |  |                                |      |                                      |                   |                   |  |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                              |    |  |                                |      |                                      | S/N               |                   |  |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h S/N                    |    |  |                                |      |                                      | S/N               |                   |  |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                              |    |  |                                |      |                                      |                   |                   |  |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                              |    |  |                                |      |                                      |                   |                   |  |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                              |    |  |                                |      |                                      |                   |                   |  |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                              |    |  |                                |      |                                      |                   |                   |  |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                              |    |  |                                |      |                                      |                   |                   |  |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                              |    |  |                                |      |                                      |                   |                   |  |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                              |    |  |                                |      |                                      |                   |                   |  |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                              |    |  |                                |      |                                      |                   |                   |  |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                              |    |  |                                |      |                                      |                   |                   |  |
| 19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG          |    |  |                                |      |                                      |                   |                   |  |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | SSVV + CCGG 6/6 H                                            |    |  |                                |      |                                      |                   |                   |  |
| 21                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | CURATIVO DIÁRIO                                              |    |  |                                |      |                                      |                   |                   |  |
| 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                                                                                                                               |                                                              |    |  |                                |      |                                      |                   |                   |  |
| <b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b><br># ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE<br># EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMODRADO, HIDRATADO, EM USO DE TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA, SEM QUEIXAS ALGICAS.<br># SOLICITADO :<br># CONDUITA :<br># PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :<br># PREVISÃO DE ALTA : |                                                              |    |  |                                |      |                                      |                   |                   |  |
| <b>SINAIS VITAIS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                              | PA |  | FC                             |      | FR                                   |                   |                   |  |
| 6 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                              |    |  |                                |      |                                      |                   |                   |  |
| 12 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                              |    |  |                                |      |                                      |                   |                   |  |
| 18 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                              |    |  |                                |      |                                      |                   |                   |  |
| 24 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                              |    |  |                                |      |                                      |                   |                   |  |

Dr. Fernando Rezende  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2007

18:23 Internar  
PA 120 x 80  
F = 80 T = 36,6

Dr. Fernando Rezende  
Téc. de Enfermagem  
Cristina da Silva

*141-1*





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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE: Sebastião da Silva Oliveira  
DIAGNÓSTICO: F+ clavícula  
ALERGIAS:  
IDADE:

HAS

DM2

EF/01/20

LEITO

DATA

| ITEM | PRESCRIÇÃO                                                  | HORÁRIO     |
|------|-------------------------------------------------------------|-------------|
| 1    | DIETA ORAL LIVRE                                            | SNP         |
| 2    | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                                    | manhã       |
| 3    | SF 0,9% 500ML EV S/N                                        | SN          |
| 4    | DIPIRONA 500MG EV 6/6H <del>SR</del>                        | 34 20 02 08 |
| 5    | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA | SN          |
| 6    | NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 5     | SN          |
| 7    | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA                                     | 06          |
| 8    | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                             | SN          |
| 9    | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN                    | SN          |
| 10   |                                                             |             |
| 11   |                                                             |             |
| 12   |                                                             |             |
| 13   |                                                             |             |
| 14   |                                                             |             |
| 15   |                                                             |             |
| 16   |                                                             |             |
| 17   |                                                             |             |
| 18   |                                                             |             |
| 19   | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG         |             |
| 20   | SSVV + CCGG 6/6 H                                           |             |
| 21   | CURATIVO DIÁRIO                                             |             |

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, EM USO DE TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA, SEM QUEIXAS ALGICAS.  
# SOLICITADO:  
# CONDUTA:  
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
# PREVISÃO DE ALTA:

BL-A-55-1  
NIR 06/01

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

MÉDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA







**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE**  
**RETAGUARDA**

HC

Eu Sebastião da Silva Oliveira - CPF nº \_\_\_\_\_

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual(is) serei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguara justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico- assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

- Cirurgias pré-agendadas;
- Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
- Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

- 4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguara;
- 5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;
- 6.) Confirmando que recebi explicações, li, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 08 de junho de 2020.

Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_

Responsável:

1) Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

CPF nº: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

**Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico**

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s) / procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/ responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, 08 de 01 de 2020 Hora: 14:10

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_

CRM 1909 / RL

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

Assinatura do Médico Regulador



HC

**RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA**

DATA: 06/01/2020

PACIENTE: Silviana da Silva de Oliveira

DN: 20/01/2020

DIAGNÓSTICOS: Fratura de Anca

1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: Sala de Juro RT 38

2- PACIENTE: ( ) ACAMADO ( ☒ ) DEAMBULA ( ) O2 SUPLEMENTAR

3- DIETA: ( ☒ ) VIA ORAL ( ) SNE ( ) OUTRA

4- POSSUI EXAMES LABORATORIAIS? ( ☒ ) SIM ( ) NÃO  
( ) AGUARDANDO

5- POSSUI EXAMES DE IMAGEM? ( ☒ ) SIM ( ) NÃO  
( ) AGUARDANDO

6- POSSUI PARECER DE ESPECIALISTA? ( ) SIM ( ☒ ) NÃO  
( ) AGUARDANDO

7- POSSUI ALGUMA APAC MARCADA/AGENDADA? ( ) SIM ( ☒ ) NÃO  
( ) AGUARDANDO

8- HORÁRIO DOS ÚLTIMOS SINAIS VITAIS: \_\_\_\_\_

PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ SATO2: \_\_\_\_\_

9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR:

Soruto Gama Pui - ep

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:

BGG, LOTO, CMAA

Boa Vista, 06 de junho  
Dr. Fernando Rezende  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-BR 2907

de 20 20 Hora: 16:44

CRM RR, 2007

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE.

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

Dr. Carlos Eduardo Murtinho  
Médico  
CRM-BR 1934

CRM /

Assinatura/carimbo do MÉDICO REGULADOR autorizando a transferência do paciente para:

( ☒ ) HC ( ) HLI ( ) HMI ( ) OUTRO

23/01/2020

00:10:06 - Em atendimento



INSTITUTO DE TRAUMA E ORTOPEDIA DE RORAIMA

## RECEITUÁRIO

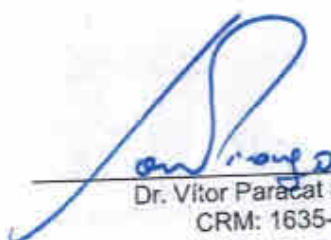
Paciente: SEBASTIANA DA SILVA OLIVEIRA  
Idade: 50 anos, 3 dias  
Data: quinta-feira, 23 de janeiro de 2020

## LAUDO MÉDICO

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO COM FRATURA COMINUTIVA DE CLAVICULA DIREITA EM 06/01/2020.  
REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO EM 08/01/2020.  
HOJE COM BOA EVOLUÇÃO PÓS OPERATORIA , SEM SINAIS INFECCIOSOS, COM METAL NORMOIMPLANTADO.  
LIBERADO HOJE PARA FISIOTERAPIA PASSIVA DE COTOVELO.  
SEM CONDIÇÕES DE RETORNO PARA SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS DIÁRIAS.  
SOLICITO AFASTAMENTO PELO PERÍODO DE 60 DIAS A CONTAR DE HOJE .  
GRATO,

CID: S42.7

Vitor Paracat Santiago  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-RR 1635  
RQE: 610

  
Dr. Vitor Paracat Santiago  
CRM: 1635-RR

Responsável Técnico Dr. Vitor Paracat Santiago CRM 1635 - RR- RQE 610

Av. Nossa Senhora da Consolida - 930 - Centro - Cep: 69301-011 - Fones: (95) 3224-1652/ (95) 98111-3636

Email: Admin@clinicaitor.com.br



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA** 1ª Classificação/Reclassificação \_\_\_\_\_  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE  
 Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

Reclassificação \_\_\_\_\_  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.

Reclassificação \_\_\_\_\_  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.

DIURNO 07-19 27

**FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA**

2001206103 06/01/2020 14:47:00

Paciente **SEBASTIANA DA SILVA OLIVEIRA** Data Nascimento **20/01/1970** Idade **49 A 11 M 17 D** CNS **701402664850937** CPF **63209314268** Prontuário **177386**

Tipo Doc \_\_\_\_\_ Documento \_\_\_\_\_ Órgão Emissor \_\_\_\_\_ Data Emissão \_\_\_\_\_ Sexo **F** Estado Civil **SOLTEIRO(A) PARDA** Raça/Cor **MA** Naturalidade **BRASILEIRA** Nacionalidade **BRASILEIRA**

**IDENTIDADE 174748** Mãe **ROMAO DOS SANTOS OLIVEIRA** Contato **(95) 99131-5663** Ocupação \_\_\_\_\_

**RITA DA SILVA OLIVEIRA**

Endereço **RUA - SN - CENTRO - RORAINOPOLIS - RR**

Class. de Risco \_\_\_\_\_ Plano Convênio **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_ Autorização \_\_\_\_\_ Sis. Prenatal \_\_\_\_\_

Motivo do Atendimento **ACIDENTE DE CARRO** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. \_\_\_\_\_ Procedência \_\_\_\_\_ Temp. \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Pressão \_\_\_\_\_

Sector **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada **AMBULANCIA (HOSPITAL)** Procedimento Sol. \_\_\_\_\_ Registrado por **ANTONIA SOARES**

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

Anamnese de Enfermagem \_\_\_\_\_ GSC **AO: 1234 RV: 1234 MRV: 1234** TOTAL **15**

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - \_\_\_\_:\_\_\_\_h)  
**PAIENTE ENCAMINHADA DE AUTO ACIDENTE CI RELATO DE ACIDENTE AUTOMOBILIAR, APRESENTANDO DOR E DEFORMIDADE EM CLAVÍCULA DIREITA.**

Exame Físico **PACIENTE PACIENTA QUE TOMA ANALGÉSICOS EM AUTO ACIDENTE.**  
**BEU, LO FE, AAA, CONATO, HIONATADA, GURNEICA.**

Hipótese Diagnóstica **FRATURA DE CLAVÍCULA?**

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

| PRESCRIÇÃO                               | APRAZAMENTO | OBSERVAÇÃO |
|------------------------------------------|-------------|------------|
| <b>Solução Rx de CLAVÍCULA @.</b>        |             |            |
| <b>Sutura PAVLO @</b>                    |             |            |
| <b>Pedro Lins Médico CRM-RR 2142</b>     |             |            |
| <b>Laudite Junior Médico CRM-RR 1882</b> |             |            |

Conduta ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revella ☐ 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.soares  
 Data Hora: 06/01/2020 14:48:04

2001206103

NIR

Transf. 08/01/2020

**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 SOLICITANTE \_\_\_\_\_

2 - CNES \_\_\_\_\_

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE \_\_\_\_\_

4 - CNES \_\_\_\_\_

---

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE Silviana da Silva Oliveira

6 - Nº DO PRONTUÁRIO \_\_\_\_\_

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 401402664850937

8 - DATA DE NASCIMENTO 20/01/1970

9 - SEXO Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Rita da Silva Oliveira

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 95 9913 15663

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) \_\_\_\_\_

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Roraima

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 122

15 - UF RR

16 - CEP \_\_\_\_\_

---

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Intoxicação de Clonidina (L) com diminuição de Exporção

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Intoxicação Clonidina

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) RX + Ex. Urinário

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Intoxicação de Clonidina

21 - CID 10 PRINCIPAL \_\_\_\_\_

22 - CID 10 SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS \_\_\_\_\_



---

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Quimioterapia

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO \_\_\_\_\_

26 - CLÍNICA Ortopedia

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO \_\_\_\_\_

28 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF \_\_\_\_\_

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Vitor Paracot

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 06/01/2020

32 - ASSINATURA E CARIMBO (INCLUIR REGISTRO DO CONSELHO) Dr. Eduardo Rezende, Médico Residente, Ortopedia e Traumatologia, CRM-RR 2007

---

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA \_\_\_\_\_

37 - Nº DO BILHETE \_\_\_\_\_

38 - SÉRIE \_\_\_\_\_

39 - CNPJ EMPRESA \_\_\_\_\_

40 - CNAE DA EMPRESA \_\_\_\_\_

41 - CBOR \_\_\_\_\_

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

---

**AUTORIZAÇÃO**

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR \_\_\_\_\_

44 - Cód. ORBÃO EMISSOR \_\_\_\_\_

45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF \_\_\_\_\_

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 01/02

48 - ASSINATURA E CARIMBO (INCLUIR REGISTRO DO CONSELHO) \_\_\_\_\_

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 0308010019 T068 5420 V99

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                             |    |    | SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA |  | SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----|----|--------------------------------|--|--------------------------------------|--|
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                             |    |    |                                |  |                                      |  |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                             |    |    | DIH                            |  | DN                                   |  |
| PACIENTE: <i>Silviana da Silva Oliveira</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                             |    |    |                                |  |                                      |  |
| DIAGNÓSTICO: <i>fratura de clavícula</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                             |    |    |                                |  |                                      |  |
| ALERGIAS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                             |    |    | HAS                            |  | DM2                                  |  |
| IDADE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                             |    |    | LEITO                          |  | DATA <i>06.02.2020</i>               |  |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | PRESCRIÇÃO                                                  |    |    | HORÁRIO                        |  |                                      |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | DIETA ORAL LIVRE                                            |    |    | SAID                           |  |                                      |  |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                                    |    |    | Mmifer                         |  |                                      |  |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SF 0,9% 500ML EV S/N                                        |    |    | SN                             |  |                                      |  |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN                                   |    |    | SN                             |  |                                      |  |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA |    |    | 24 08 16                       |  |                                      |  |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 5     |    |    | SN                             |  |                                      |  |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA <i>18:23</i>                        |    |    |                                |  |                                      |  |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                             |    |    | SN                             |  |                                      |  |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN                    |    |    | SN                             |  |                                      |  |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                             |    |    |                                |  |                                      |  |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                             |    |    |                                |  |                                      |  |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                             |    |    |                                |  |                                      |  |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                             |    |    |                                |  |                                      |  |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                             |    |    |                                |  |                                      |  |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                             |    |    |                                |  |                                      |  |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                             |    |    |                                |  |                                      |  |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                             |    |    |                                |  |                                      |  |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                             |    |    |                                |  |                                      |  |
| 19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG         |    |    |                                |  |                                      |  |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SSVV + CCGG 6/6 H                                           |    |    |                                |  |                                      |  |
| 21                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | CURATIVO DIÁRIO                                             |    |    |                                |  |                                      |  |
| 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 QV GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA                                                                                                                            |                                                             |    |    |                                |  |                                      |  |
| <b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b><br># ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE<br># EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA, SEM QUEIXAS ALGICAS.<br># SOLICITADO:<br># CONDUTA:<br># PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:<br># PREVISÃO DE ALTA: |                                                             |    |    |                                |  |                                      |  |
| <b>SINAIS VITAIS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                             |    |    |                                |  |                                      |  |
| 6 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | PA                                                          | FC | FR |                                |  |                                      |  |
| 12 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                             |    |    |                                |  |                                      |  |
| 18 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                             |    |    |                                |  |                                      |  |
| 24 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                             |    |    |                                |  |                                      |  |

*Dr. Fernando Rezende*  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2007

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brig. Eduardo Gomes, 514  
Novo Planalto Tel (93) 2121-0621  
**AUTENTICAÇÃO**  
*18 MAR 2020*  
Certifico e dou fé que a presente  
cópia é fiel reprodução Original  
que foi apresentado para análise

MÉDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

18:23 Internar  
PA 120 x 80  
F = 80 T = 36,6

Exame Físico  
Téc. de enfermagem  
Guaraciara 14/02/20

171 - 1

LONG

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                              |    |    | SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA |  | SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |             |                 |               |    |    |    |     |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----|----|--------------------------------|--|--------------------------------------|-------------|-----------------|---------------|----|----|----|-----|--|--|--|------|--|--|--|------|--|--|--|------|--|--|--|
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                              |    |    | DATA DE ADMISSÃO               |  | DIH                                  |             | DN              |               |    |    |    |     |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |
| PACIENTE: <u>Sebastião da Silva Oliveira</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                              |    |    |                                |  |                                      |             |                 |               |    |    |    |     |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |
| DIAGNÓSTICO: <u>Fx clavícula</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                              |    |    |                                |  |                                      |             |                 |               |    |    |    |     |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |
| ALERGIAS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                              |    |    | HAS                            |  | DM2                                  |             | DATA            |               |    |    |    |     |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |
| IDADE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                              |    |    | LEITO                          |  |                                      |             | <u>28/01/20</u> |               |    |    |    |     |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | PRESCRIÇÃO                                                   |    |    |                                |  |                                      | HORARIO     |                 |               |    |    |    |     |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | DIETA ORAL LIVRE                                             |    |    |                                |  |                                      | SN          |                 |               |    |    |    |     |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                                     |    |    |                                |  |                                      | SN          |                 |               |    |    |    |     |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | SF 0,9% 500ML EV S/N                                         |    |    |                                |  |                                      | SN          |                 |               |    |    |    |     |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | DIPIRONA 500MG EV 6/6H                                       |    |    |                                |  |                                      | 34 20 02 08 |                 |               |    |    |    |     |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA |    |    |                                |  |                                      | SN          |                 |               |    |    |    |     |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 5     |    |    |                                |  |                                      | SN          |                 |               |    |    |    |     |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA                                     |    |    |                                |  |                                      | 06          |                 |               |    |    |    |     |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                              |    |    |                                |  |                                      | SN          |                 |               |    |    |    |     |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN                     |    |    |                                |  |                                      | SV          |                 |               |    |    |    |     |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                              |    |    |                                |  |                                      |             |                 |               |    |    |    |     |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                              |    |    |                                |  |                                      |             |                 |               |    |    |    |     |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                              |    |    |                                |  |                                      |             |                 |               |    |    |    |     |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                              |    |    |                                |  |                                      |             |                 |               |    |    |    |     |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                              |    |    |                                |  |                                      |             |                 |               |    |    |    |     |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                              |    |    |                                |  |                                      |             |                 |               |    |    |    |     |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                              |    |    |                                |  |                                      |             |                 |               |    |    |    |     |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                              |    |    |                                |  |                                      |             |                 |               |    |    |    |     |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                              |    |    |                                |  |                                      |             |                 |               |    |    |    |     |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |
| 19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG          |    |    |                                |  |                                      |             |                 |               |    |    |    |     |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | SSVV + CCGG 6/6 H                                            |    |    |                                |  |                                      |             |                 |               |    |    |    |     |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |
| 21                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CURATIVO DIÁRIO                                              |    |    |                                |  |                                      |             |                 |               |    |    |    |     |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |
| <small>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</small>                                                                                                                                                   |                                                              |    |    |                                |  |                                      |             |                 |               |    |    |    |     |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |
| <b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b><br># ENCONTRO PACIENTE: DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE<br># EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRACÃO TRANSESQUELÉTICA, SEM QUEIXAS ALGICAS.<br># SOLICITADO:<br># CONDUITA:<br># PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:<br># PREVISÃO DE ALTA:                                      |                                                              |    |    |                                |  |                                      |             |                 |               |    |    |    |     |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div>BL - A - JJJ - P</div><div>NR 06/01</div></div>                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                              |    |    |                                |  |                                      |             |                 |               |    |    |    |     |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th>SINAIS VITAIS</th><th>PA</th><th>FC</th><th>FR</th></tr></thead><tbody><tr><td>6 H</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>12 H</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>18 H</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>24 H</td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table> |                                                              |    |    |                                |  |                                      |             |                 | SINAIS VITAIS | PA | FC | FR | 6 H |  |  |  | 12 H |  |  |  | 18 H |  |  |  | 24 H |  |  |  |
| SINAIS VITAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | PA                                                           | FC | FR |                                |  |                                      |             |                 |               |    |    |    |     |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |
| 6 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                              |    |    |                                |  |                                      |             |                 |               |    |    |    |     |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |
| 12 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                              |    |    |                                |  |                                      |             |                 |               |    |    |    |     |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |
| 18 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                              |    |    |                                |  |                                      |             |                 |               |    |    |    |     |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |
| 24 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                              |    |    |                                |  |                                      |             |                 |               |    |    |    |     |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |
| MÉDICO RESIDENTE<br>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                              |    |    |                                |  |                                      |             |                 |               |    |    |    |     |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |





## HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

### TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE RETAGUARDA

Eu Sebastião da Silva Oliveira, CPF nº \_\_\_\_\_

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual(is) serei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico-assistenciais de média complexidade e de curta permanência.  
2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

- Cirurgias pré-agendadas;
- Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
- Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;

5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;

6.) Confirmando que recebi explicações, li, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 08 de Januário de 2020.

Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

1) Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

CPF nº: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s) / procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, 08 de 01 de 2020. Hora: 14:19

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_

CRM 1909, RL

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

Dr. Sebastião da Silva Oliveira  
Médico  
CRM nº 1909



HC

## RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 06/04/2020  
PACIENTE: Silviana da Silva de Oliveira DN: 20/04/2020  
DIAGNÓSTICOS: Fratura de Anca (D)

1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: Sala de Gmco Rt 38

2- PACIENTE: ( ) ACAMADO (X) DEAMBULA ( ) O2 SUPLEMENTAR

3- DIETA: (X) VIA ORAL ( ) SNE ( ) OUTRA \_\_\_\_\_

4- POSSUI EXAMES LABORATORIAIS? (X) SIM ( ) NÃO  
( ) AGUARDANDO \_\_\_\_\_

5- POSSUI EXAMES DE IMAGEM? (X) SIM ( ) NÃO  
( ) AGUARDANDO \_\_\_\_\_

6- POSSUI PARECER DE ESPECIALISTA? ( ) SIM (X) NÃO  
( ) AGUARDANDO \_\_\_\_\_

7- POSSUI ALGUMA APAC MARCADA/AGENDADA? ( ) SIM (X) NÃO  
( ) AGUARDANDO \_\_\_\_\_

8- HORÁRIO DOS ÚLTIMOS SINAIS VITAIS: \_\_\_\_\_  
PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ SATO2: \_\_\_\_\_

9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR:

Sueto Exom Pui-op

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:

BGG, LOGE, CMAIA

Boa Vista, 06 de Junho de 2020. Hora: 16:44

Dr. Fernando Rezende  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM RJ 2007

CRM RR, 2007

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE.

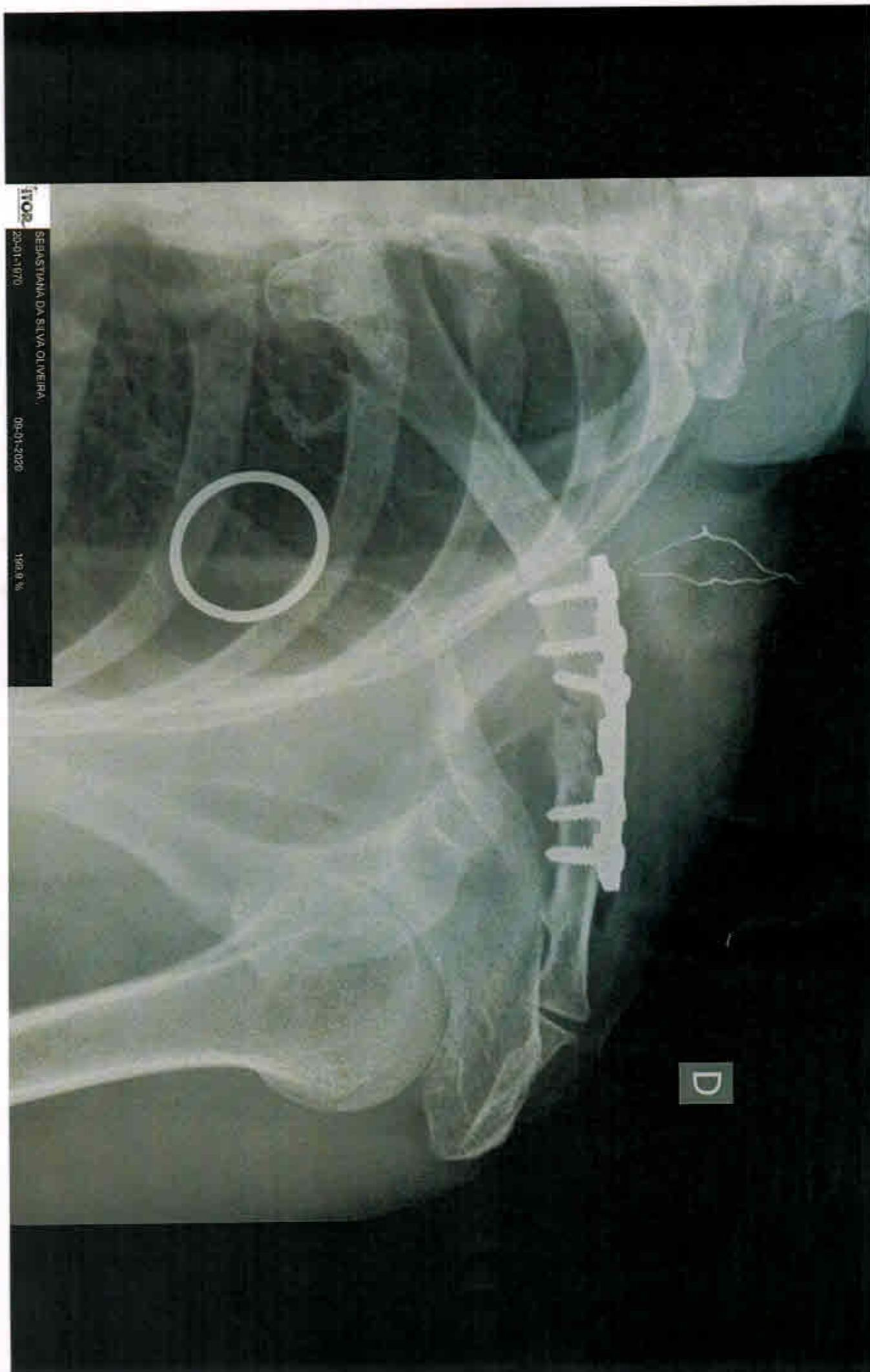
Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

Dr. João Carlos Moreira  
Médico  
CRM RJ 1994

CRM \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo do MÉDICO REGULADOR autorizando a transferência do paciente para:

(X) HC ( ) HLI ( ) HMI ( ) OUTRO \_\_\_\_\_



ITOP

SEBASTIANA DA SILVA OLIVEIRA  
20-01-1970

09-01-2020

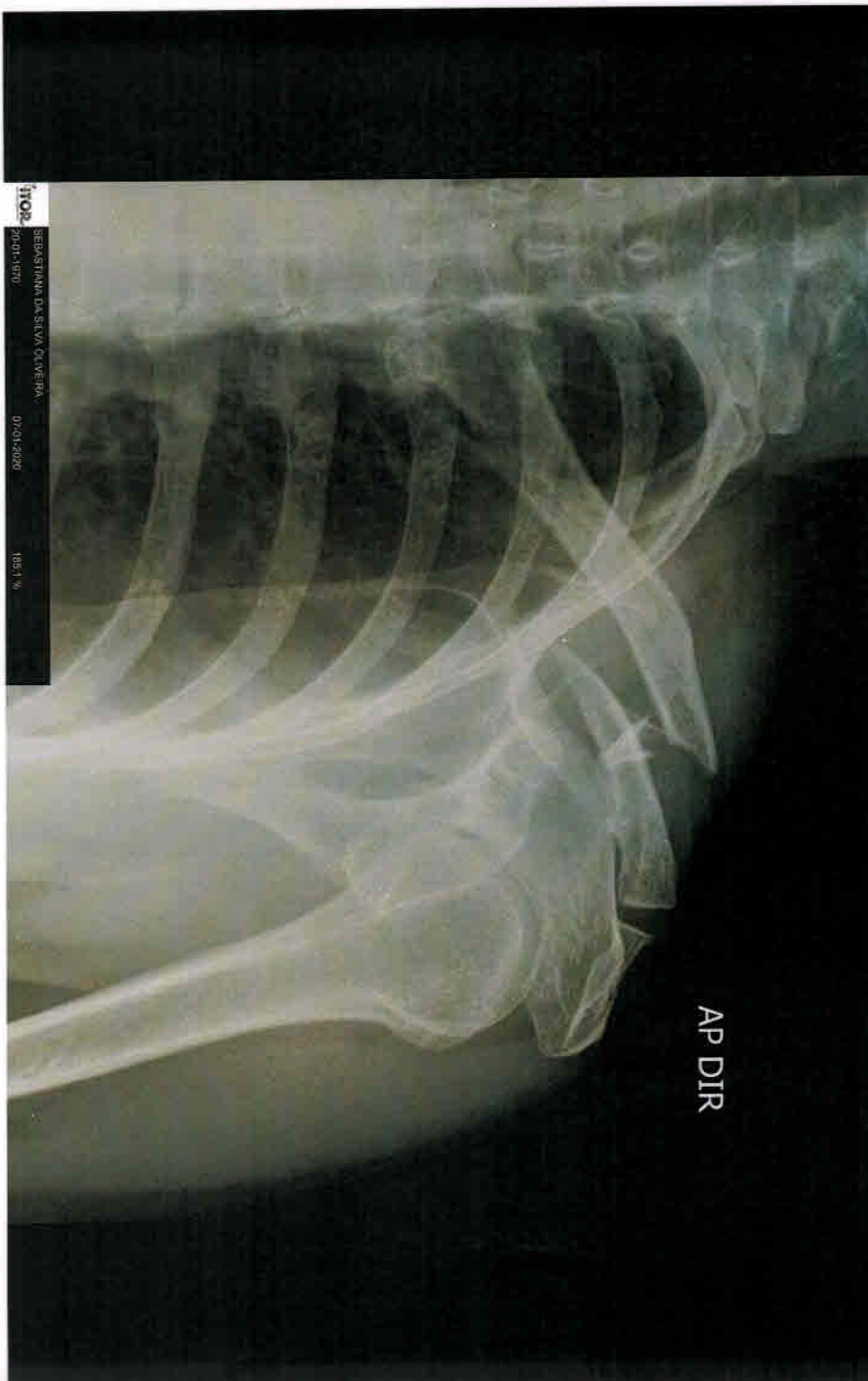
199.9 %

Av. Nossa Senhora da Conceição, 920, Centro  
Fátima - 13122-902

ITOP

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJDEA YTYZYM QKUVU 3M2EK





Av. Nossa Senhora da Conceição, 930, Centro  
Fátima - 19130-226 J002



## SINISTRO 3200166476 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** SEBASTIANA DA SILVA OLIVEIRA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO** RECEPTOR DO PEDIDO DE  
**INDENIZAÇÃO** CN CORRETORA DE SEGUROS E SERVICOS

EIRELI - Matriz

**BENEFICIÁRIO** SEBASTIANA DA SILVA OLIVEIRA

**CPF/CNPJ:** 63209314268

**Posição em 13-05-2020 15:55:48**

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora  
Lider-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

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

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 14/05/2020        | R\$ 1.687,50         | R\$ 0,00         | R\$ 1.687,50 |

