
Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200228231

Vítima: ODIVALDO RODRIGUES DOS SANTOS

Data do Acidente: 18/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ODIVALDO RODRIGUES DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200228231

Vítima: ODIVALDO RODRIGUES DOS SANTOS

Data do Acidente: 18/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ODIVALDO RODRIGUES DOS SANTOS

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

Não foi verificada a existência de sequela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) da cobertura: ☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 531.775.502-63 4 - Nome completo da vítima: Osvaldo Rodrigues dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Osvaldo Rodrigues dos Santos 6 - CPF: 531.775.502-63
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: R. Waldir Pereira da Rocha 9 - Número: 1255 10 - Complemento:
11 - Bairro: Jardim Laranjeira 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.313-712
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 9913-3855

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR, TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3022 CONTA: 00037894 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (m. Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou noscitu(r)os? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR 11 de junho de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

VALIDO SOMENTE NO BRASIL / SOMENTE USO ELETRONICO



PARA SUA SEGURANÇA

ESTE CARTÃO ESTÁ BLOQUEADO.
CASO O DESBLOQUEIO NÃO SEJA
EFETUADO EM ATÉ 90 DIAS, ESTE PLÁSTICO
SERÁ AUTOMATICAMENTE DESATIVADO.

5061 2150 1873 2985

0067

VÁLIDO ATÉ

05/23

ODIVALDO V SANTOS

5780-0 17.947-7

elo



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

Comando em Chefe
Delegado de Polícia
Boa Vista, 19 de Março de 2020
19/03/2020
06
2020

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00011981/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 19/03/2020 07:14:19 Data/Hora Fim: 19/03/2020 07:14:19
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP 811989 Data: 19/03/2020
Delegado da Polícia: Simone Arruda do Carmo

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 18/03/2020 15:10

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Jardim Caranã
Logradouro: Rua Ten Barros da Silva/Waldemar Coelho
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: KAYTHENNE MORAIS NOGUEIRA (ENVOLVIDO)		
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Idade: 32
Estado Civil: Solteiro(a)		

Documento(s)

RG: 18294030

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Pelxé Nº: 54
Bairro: Cidade Satélite

Nome Civil: ODIVALDO RODRIGUES DOS SANTOS (ENVOLVIDO)		
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Idade: 40
Profissão: Serralheiro		
Estado Civil: Casado(a)		

Documento(s)

RG: 3086283

Endereço

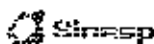
Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Waldir Pereira da Rocha Nº: 1225
Bairro: Jardim Carana

Razão Social: POLICIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA (COMUNICANTE)
--

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00011981/2020

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário 673.191.492-49	Placa NAZ8647
Renavam 01130367298	Número do Motor 327A0113156020
Número do Chassi 98D19713HJ3343969	Ano/Modelo Fabricação 2018/2017
Número da Carroceria 70491162	Cor PRATA
UF Veículo RR	Município Veículo Boa Vista/RR
Marca/Modelo FIAT/SIENA ATTRACTIV 1.4	Modelo FIAT/SIENA ATTRACTIV 1.4
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	Última Atualização Denatran 28/09/2017
Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Kaythenne Moraes Nogueira	Possuidor
Grupo Veículo	Subgrupo Motocideta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 531.775.502-63	Placa NAT3122
Renavam 00955360064	Número do Motor KC08E58046825
Número do Chassi 9C2KC08508R046825	Ano/Modelo Fabricação 2008/2008
Cor PRETA	UF Veículo RR
Município Veículo Boa Vista/RR	Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN ES
Modelo HONDA/CG 150 TITAN ES	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 02/01/2020	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO
Nome Envolvido	Envolvimentos
Odivaldo Rodrigues dos Santos	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Senhor delegado, informo que fomos acionados via CIOPS para uma ocorrência de acidente de trânsito com vítima no endereço acima citado. No local informados pelo item 1, que trafegava pela rua Waldemar Coelho de Aguiar e no cruzamento com a rua Ten. Brás Barros da Silva colidiu com veículo do item 2, que trafegava na rua anteriormente citada (V2), causando danos físicos ao mesmo e danos materiais aos condutores. A item 1 responsabilizou-se em arcar com os prejuízos do item 2, a perícia foi acionada pelo: Lisandro Freitas, que realizou os procedimentos de sua competência, e o veículos consultados e liberados para os familiares. Informo ainda que foi feita notificações aos condutores por não possuírem CNH e não foi possível a condução dos mesmos, pois tiveram que serem removidos ao PSE e permanecerem em observação.

AUTENTICAÇÃO

Quem assina este documento, que a presente certidão
é a reprodução fiel do Original.

Boa Vista, 19 de 06 de 2020

Assinatura



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00011981/2020

ASSINATURAS

Jorgénir da Silva

Agente de Polícia

Matrícula 42000144

Responsável pelo Atendimento

Polícia Militar do Estado de Roraima

Comunicante

"Dado para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assinadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pelo presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 329-Unanimes e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

AUTENTICAÇÃO

Este documento é autêntico e verdadeiro conforme o presente protocolo.

Assinado em 19 de Junho de 2020

Assinado em 19 de Junho de 2020

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) da cobertura: ☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 531.775.502-63 4 - Nome completo da vítima: Osvaldo Rodrigues dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Osvaldo Rodrigues dos Santos 6 - CPF: 531.775.502-63
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: R. Waldir Pereira da Rocha 9 - Número: 1255 10 - Complemento:
11 - Bairro: Jardim Laranjeira 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.313-712
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 9913-3855

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR, TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3022 CONTA: 00037894 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (m. Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou noscitu(r)os? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista - RR 11 de junho de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

VALIDO SOMENTE NO BRASIL / SOMENTE USO ELETRONICO



PARA SUA SEGURANÇA

ESTE CARTÃO ESTÁ BLOQUEADO.
CASO O DESBLOQUEIO NÃO SEJA
EFETUADO EM ATÉ 90 DIAS, ESTE PLÁSTICO
SERÁ AUTOMATICAMENTE DESATIVADO.

5067 2150 1873 2985

5067

VÁLIDO ATÉ

05/23

ODIVALDO V SANTOS

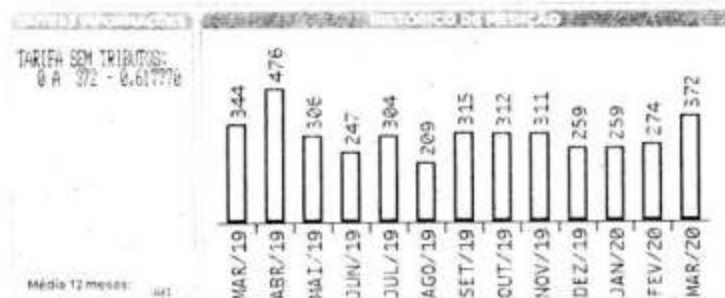
5780-0 17.947-7

elo

MARCO/2020 06/04/2020 372 307,52
FLORESTA MARIA PEREIRA DA SILVA
R. WALMIR PEREIRA DA ROCHA 1255 - JARDIM CARANA
CEP: 69.313-712 - BOA VISTA CPF: 00066077923249

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 18399	Atual: 23/03/2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Anterior: 18027	Anterior: 19/02/2020	Classe/Usos/Ativ: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 33	Endereço leitura: 23/04/2020	Ligação: BIPHASICA
Constante de Multiplicação: 1.000	Emissão: 20/03/2020	Numero Medidor: 142804709
Consumo medido: 372	Apresentação: 23/03/2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 372		Modalidade: 0 1512561

CONSUMO 372 A R\$ 0,764425 = 284,36
ILUMINACAO PUBLICA 23,16



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 01/04/2020, se a fatura das contas vencidas nesta fatura, não for paga até o vencimento. Também é incluído, do nome do consumidor na RENBR, informação sobre a existência de contas vencidas e de renúncia ao valor de R\$ 184,11 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

Mes Ano Valor R\$
03/2020 175,27

LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGAMENTO 16 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 67B0.C9FF.E579.77L9.937B.5D43.6A66.FEE0

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		
				ALÍQUOTA	VALOR	
Energia:	150,77	Encargos:	0,71	Base de Cálculo:	17,06%	48,34
Transmissão:	0,00	Tributos:	54,54	264,30	PIS:	0,30%
					COFINS:	1,75%
						5,11

INDICADORES DE CONTINUIDADE						
	DIC			FIC		
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84
Realizado	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Conjunto: FLORESTA				Período de apuração: 01/2020	RUSD: 56,07	

ROT: 7.001.11.01.537900

RORAIMA ENERGIA

DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA

Av. Capitão Ené Garcia, 591 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ: 02.341.470/0001-44

Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO
0031900-7

MÊS FATURADO
03/2020

Nº de Nota Fiscal: 4847953

TOTAL A PAGAR - R\$
307,52

VENCIMENTO
06/04/2020

FCAM*

83670000003 4 07520075000 0 00000000031 5 90070320000 0



SEQ.: 0129 UC: 0031900-7 DT. LEIT.: 23/03/2020 T. ENTR.: 04
LEITURA: 18399 NORMAL TOTAL: 307,52 CARGA: 002
DT. VENC.: 06/04/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 4241

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4853965

ELIETE ARAUJO DA SILVA

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

BAIRRO: LAURA MOREIRA – CEP:69318-050 – BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	PERÍODO DE CONSUMO 19-FEB-20 a 23-MAR-20
CONSUMO (kWh) 675	VENCIMENTO 06-APR-20	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

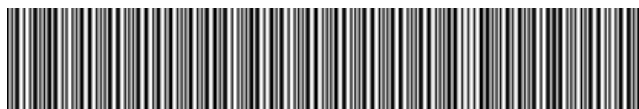
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

http://www2.susep.gov.br/BIBLIO*ECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.513/98.

Pelo exposto, eu

William Gonçalves Franco

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343 / 20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Adivaldo Rodrigues dos Santos

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 531.775.502 / 63

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez

da Vítima Adivaldo Rodrigues dos S.

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 531.775.502 / 63 conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua CC 11</u>	Número: <u>394</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Laura Moreira</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>Wfranco926@gmail.com</u>	CEP: <u>65.318-050</u>	Tel. (DDD): <u>99113-3855</u>

Local e Data: Boa Vista RR 11 de junho de 2020

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante



1ª Classificação/Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

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

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

2001231990 18/03/2020 15:24:29 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 20

Paciente: **ODIVALDO RODRIGUES DOS SANTOS**
Data Nascimento: **04/10/1967** Idade: **52 A 5 M 14 D** CNS: **708706180950591** CPF: **53177550263** Prontuário: **00070731**
Tipo Doc: **Documento** Órgão Emissor: **SSP-RR** Data Emissão: **28/02/2013** Sexo: **M** Estado Civil: **UNIAO** Raça/Cor: **PARDA** Naturalidade: **BOA VISTA - RR** Nacionalidade: **BRASILEIRA**
Mãe: **MARIA DO CEU** Contato: **ODILON RODRIGUES DOS SANTOS (95) 99130-8954**
Endereço: **RUA - WALMIR PEREIRA DA ROCHA - 1255 - JARDIM CARANA - BOA VISTA - RR** Ocupação: **NÃO INFORMADA**

Class. de Risco: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira: **Validade: Autorização: Sis Prenatal:**
Motivo do Atendimento: **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento: **URGÊNCIA** Profissional do Atend.: **Procedência: Temp. Peso Pressão:**
Setor: **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada: **RESGATE** Procedimento Sol.: **Registrado por: ANTONIA.SOARES**

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

Anamnese de Enfermagem: **repa Argilis**
GSC: **AD: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6** TOTAL: **15**

Anamnese - (HORA DA CONSULTA: **h**)
Paciente trazido pelo Bombeiro
4 História de Acidente
e fratura
AR: MUX + SINT
5/12/2018

Exame Físico: **Exposta de tibia**
Adicionalmente, Relata, Pouso e stent Andar

Hipótese Diagnóstica: **Politrauma / Ex tibia**
Fibola Exposta

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

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1 Solicito RADIOGRAFIA		
2 DILPINOVA		
3 FLOXIDAN 40 mg EV		
4 Dexametasona 10 mg EV		

Conduta: ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☐ Transferência para: **ortopedia**
☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: **11/11/18**

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

Assinatura do Paciente ou Responsável: _____ Carimbo e Assinatura do Médico: _____

OPORTUN

Fratura exposta 1°
pomo 1 1/2
em 1°

h no Camo Camu.

1) Oletos zero

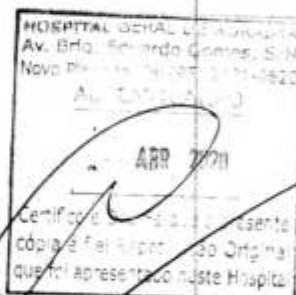
2) Scola selanque por

3) Celestine 1/2 or 666-1/2

4) Dipirona 200 or 666-1/2

5) CV

6) Ao Camo Camu



Paciente com fratura exposta
tubo e curativo aberto

Ao Camo Camu, por vide.
tubo bloqueado lateral e lateral - lateral
e lateral, lateral e lateral.

Paciente bem condicionar, de vedere
naque por medicação anti-bio, tubo
tubo lateral incruent, lateral + tubo.

Altup: 2310372020

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

BLOCO A

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: *VFON*

2 - CNES: *1201*

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: *1201*

4 - CNES: *1201*

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: *ODILMAR RODRIGUES DE LIMA*

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: *70732*

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): *7087061809505911*

8 - DATA DE NASCIMENTO: *09/10/67*

9 - SEXO: ☒ MASC ☐ FEM

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: *Maria do céu*

11 - TELEFONE DE CONTATO: *9599130810*

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): *Rua Walmir Pereira Rocha 1258 Corumbá*

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: *Itapetininga*

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: *140010*

15 - UF: *MS*

16 - CEP: *71271-12*

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: *Sobrecarga, queixa de dor e alterações de PA*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: *Cirurgia*

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): *Exame em*

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: *Insuficiência cardíaca*

21 - CID 10 PRINCIPAL: *I50.1*

22 - CID 10 SECUNDÁRIO: *I50.2*

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: *I50.3*

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: *Redução da hipertensão e controle da dor*

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: *1201*

26 - CLÍNICA: *Cirurgia*

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: *Urgência*

28 - DOCUMENTO: *() CNS () CPF*

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: *5159576221*

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: *Fernando Lopes Aguiar*

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: *18/07/20*

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): *18/07/20*

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: *Dr. Fernando Lopes Aguiar*

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR: *18/07/20*

45 - DOCUMENTO: *() CNS () CPF*

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: *5159576221*

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: *18/07/20*

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): *18/07/20*

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: *0408050775*

SP22

W499



BOLETIM OPERATÓRIO

Donaí Napimurama

Data: 18/03/2020 O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura exposta Tibia

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO: Redução incruenta + fixação + tala

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: o nervo

CIRURGIÃO: Dr. Jesus 1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR: INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR: ANESTESIA: Bloqueio Lenord e uropia

ANESTESISTAS: Dr. Fábio ANESTÉSICO:

INÍCIO: FIM: DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Paciente consciente
- Asepsia, antiseptico
- Lavagem a chuveiro
- Redução da fratura
- Fixação da fratura por grampos
- Tala aplicada



OBS: Paciente não apto para redução por redução crônica, se redução procedimento cirúrgico necessário e de curto tempo

Jesus da Silva Aguiar
CRM-RJ 566



EMERGÊNCIA

AOA 3-E

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Odialdo Rodrigues dos Santos, M, 67a

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO	Nº
M2 05mg a 17:10h FNT 130mg a 17:10h	18.03.20

AGENTES	17	15	30	45	15	30	45	15	30	45	20	15	30	45	20	15	30	45
LIQUIDOS VENOSOS	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
DA	240	220	200	180	160	140	120	100	80	60	40	20	20	20	20	20	20	20
ULSO	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36
ANES	34	32	30	28	26	24	22	20	18	16	14	12	10	8	6	4	2	0
OP	30	28	26	24	22	20	18	16	14	12	10	8	6	4	2	0	0	0
TELP	120	110	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0	0	0	0	0	0
ASPIR	80	70	60	50	40	30	20	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RESP	30	28	26	24	22	20	18	16	14	12	10	8	6	4	2	0	0	0
Export																		
Assist																		
Contro																		

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A. Lidocaina 1%	200mg	bloqueio do nervo femoral	A. DSSCIN ATISSCIN 264,10 14,10
B. Ropivacaina 0,25%	50mg	E. CIATIN A. VIVA POPULU	C. POPULU (E). 14,10 14,10
C.		DE MIG, GUARAO POIL	- IDENTIFICA N. FEMORAL (E) C/
D.		ULTRASSOM. VENTILACAO	ULTRASSOM, INJECAO LIDOCAINA
E.		ESPONTANEO	1% (100mg) + 0,25% (25mg)
F.			- IDENTIFICACAO N. CIATIN A
G.			NIVEL POPULU (E). INJECAO
GLICOSE	LIQUIDOS		LIDOCAINA 1% (100mg) + 0,25% (25mg)
MDCD		Cânula - Nasal / Oro Faringea	
BANGUE		Naso / Otorrinolaringo - Cogo	
S. FIS. 0,9% 7500	ml	Bol - Tempo - Calibre do Tubo	
		Solu Músculos	
		Dificuldade Técnica	NAO
TOTAL	2000	TEMPO DE ANESTESIA	
OPERACAO	Tratamento de fratura exposta		
ANESTESIA	D. DANIEL / D. FERNANDA	CODIGO	CIRURGIAO
			D. FERNANDA

Alberto F. M. Herrera
Médico-Anestesiologista
CRM 307/RR

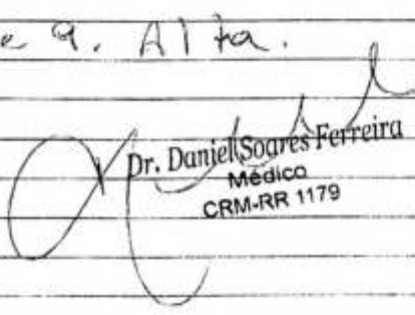
PERDA SANGUINEA	3.212
ANESTESIA	3.212
CIRURGIAO	3.212
ANESTESIA	3.212
CIRURGIAO	3.212

PRÉ-ANESTÉSICO

Nome: _____		Enf.: _____		Leito: _____		Serv.: _____	
Sexo: _____		Cor: _____		Idade: _____		Peso: _____	
Alt.: _____		Classe: _____		Data: ____/____/____		Hora: _____	
Diagn. Pré-OP: _____				Patrol Assoc.: _____			
Cir. Proposta: _____							
Anest. Ant.: _____				Sangue Tipo: _____			
Alergia: _____				Leuc: _____			
Alcool: _____				Ht: _____			
Fumo: _____				Hb: _____			
DROGAS: (Corticóide, fenotiazinico, hipotensor, narcotráfico, hipotico, digitálico, anticoagulante, diurético, antibiótico, sulfá, casopressor, IMAO, outros)				Hm: _____			
				ts: _____			
				p. Leço: _____			
				r. Coag: _____			
				Pq: _____			
				Uréia: _____			
				creat: _____			
				Glic: _____			
				Na: _____			
				mEq/l: _____			
				Cl: _____			
				mEq/lk: _____			
				mEq/lpH: _____			
				pO2: _____			
				BA: _____			
				BB: _____			
				BS: _____			
				BE: _____			
Estado Mental: _____				Boca: _____			
Pescoço: _____				Veias: _____			
RX: _____				Sedm: _____			
Feses: _____				Ap. gen. Un: _____			
Hepatograma: _____				AP. Resp: _____			
Outros: _____				AP. Circ: _____			
Parecer Clínico: _____				AP. Dig: _____			
PA: _____				S. Osteo - Art: _____			
Pulso: _____				S. Nerv: _____			
Temperatura: _____				S. Endoc: _____			
				Est. Fis (ASA): _____			
				AN. Proposta: _____			
				NB: _____			
				Assinatura: _____			

Medicação Pré - Ant.	DOSE	VIA	HORA

PÓS-ANESTÉSICOS

NA SALA DE RECUPERAÇÃO	NA ENFERMARIA
13 03 2010 Data: ____/____/____ Hora: 19:00 Aldete G. Alta.  Dr. Daniel Soares Ferreira Médico CRM-RR 1179 Assinatura	Date: ____/____/____ Hora: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ Assinatura



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Odivaldo Rodrigues dos Santos				18 / 03 / 2020	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Ineruenta sob Anestesia		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		18:00	18:40		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:		Dr Fabian	
De Jesus		RES. ANESTESIA:		Dr Daniel	
1º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
2º AUXILIAR		CIRCULANTE		Ferreira + Isaac	
TIPO DE ANESTESIA: Bloqueio do nervo Femoral		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
7	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		22	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	500
17	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº 2,0	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURI Nº			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº		1	FIO PROLENE Nº calha Gerrada	
	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDAN Nº 8 guiso	
1	SERINGA 01ML		1	SURGICEL feio Nº 16	
1	SERINGA 03ML		1	CERA P/ OSSE feio Nº 18	
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM + canaizinha	
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
1	Eletrodos			OUTROS: Algodão Polipropileno	
1 cateter f102			1	Atadura de crepim	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
		Rebeca	SUB- TOTAL		
		carlos	TAXA DE SALA		
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

Nome: Oliverio Rodriguez dos Santos

Data de Nascimento: 04 / 10 / 64 Idade: 52 Setor/Leitor: _____

Data: 18/03/2020

Termo de Consentimento Cirurgia: () Sim () Não

Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não

[illegible]



SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Rebecca Macedo Costa
Enfermeira
CBO 31201010

Enfermeiro (a):

Hora: 16 : 58 Data: 18 / 03 / 2020

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		HORÁRIO E CHECAGEM
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
☒ Risco de Queda Prevenir queda	☒ Manter grades elevada na RPA	
☐ Risco de Broncoaspiração Prevenir Broncoaspiração	☒ Monitor nível de Consciência reflexo de tosse, náuseas e capacidade de deglutir na RPA	
☒ Risco de Infecção Prevenir infecção evitável	☒ Observar condição de incisão cirúrgica e cateteres a cada 15 minutos na primeira hora e sucessivamente a cada 30 minutos ☒ Monitorar sinais e sintomas de infecção (edema, hiperemia, calor, rubor e hipertermia)	
☐ Risco de Desequilíbrio do Volume de Líquidos Manter o equilíbrio hídrico, eletrolítico e ácido – básico	☐ Monitorar temperatura e comunicar alterações ☐ Monitorar sinais e sintomas de hipotermia (queda de temperatura, tremor) e de hipertermia (aumento de temperatura, rubor facial e sudorese)	
☐ Risco de Glicemia Instável Prevenir ocorrências de hiperglicemia e de hipoglicemia	☐ Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca) ☐ Realizar controle de débito de glicemia capilar, se prescrito. Comunicar se abaixo de 65 mg/dl e acima de 150 mg/dl	
☒ Integridade da pele prejudicada Propiciar a recuperação adequada da pele	☒ Observar condições da pele do paciente e comunicar alterações ☒ Observar condições do curativo e comunicar presença de sangramento / secreções	
☒ Mobilidade Física prejudicada	☒ Proporcionar alinhamento do corpo do paciente	
☒ Dor aguda Controle da dor e promover conforto	☒ Observar alterações de sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e respiração) ☒ Administrar medicação conforme prescrição médica	
☐ Padrão Respiratório Ineficaz Proporcionar troca gasosa adequada e manter permeabilidade das vias aéreas	☒ Observar padrão respiratório (frequência e amplitude) e anotar ☒ Instalar cateter de O2 conforme prescrição médica	
☒ Náuseas Controle / Ausência de náusea	☒ Observar, anotar e comunicar queixas de náuseas ☒ Administrar os medicamentos antieméticos, conforme prescrição	
☒ Ansiedade Controle de ansiedade	☒ Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente	
☐ Confusão Aguda / Crônica	☐ Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente	
☐ Comunicação Verbal prejudicada	☒ Orientar paciente / família sobre os cuidados no pós operatório	

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Admitido em S.O. p/ procedimento de emergência de tratamento cirúrgico fratura exposta Tibia / fíbula (E). Com anestesia bloqueio femoral, após procedimento segue à UBS.

Responsável:

Rebecca Macedo Costa
Enfermeira
CBO 31201010



ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome Odineide Rodrigues dos Santos
Responsável Cirurgião Dr. Lucas

Anestesiista Dr. Fabiano + Daniel
Raz. Daniel

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

PACIENTE CONFIRMOU:

- ☒ Identidade
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento
Consentimento ☒ Sim () Não

RISCO CIRÚRGICO

- ☒ Aplica () Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

- ☒ Sim () Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

- ☒ Não () Sim, Qual: _____

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

- () Não
☒ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

- () Não
☒ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Date 18/03/2020

Assinatura Roberto F. M. Henriques
Raz. Henrique

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

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

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

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

- () Não se aplica
() Sim, Qual: _____ Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

- ☒ Sim
() Não se aplica

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

- 1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
☒ Sim () Não

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

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

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

- () Sim () Não

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

- ☒ Sim () Não () Não se Aplica

Assinatura Roberto F. M. Henriques
Raz. Henrique

(120-4)

120104

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
Serviço de Ortopedia e Traumatologia					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <u>OPIMIANO RODRIGUES DO SANTO</u>					
AGNÓSTICO <u>procurar em 13/11/10</u>					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	<u>52</u>	LEITO		DATA	<u>10/12/10</u>
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SUB
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				24h 08 36
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				22h 04 36
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
13	SSVV + CCGG 6/6 H				
14	CURATIVO DIÁRIO				banho
15					m
16	<u>As - Glee</u>				Do 120.04
17					
18					
19					
20					
21					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70
DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:
ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NÓRMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

Dr. João A. Lopes Aguiar
CRM-RN 556

120/78 P: 78 T: 36,5°C - T.E. Antônia (com 784228)

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H	139/81	72	- 36,3°C

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

PEDIDO DE PARECER

UNIDADE: HGR

NOME: Odivaldo Rodrigues Dos Santos

IDADE: 52 anos

REGISTRO: _____

BLOCO: A

ENFERMARIA: _____

LEITO: 302-4

UTI: _____

EMERGÊNCIA: _____

DE: Ortopedia

PARA: Cardiologia

Dados Clínicos:

Paciente, cardiopata, hipertenso, Newrita Realizar
ortoproteses de Tíbia E. Solicito Apoio
Cirurgica. Grata

19/03/2020

Data

Loamir Viana
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2124

Médico

20/03/2020 Sen ELA

Pelo campo
S2005
campo: Ortopedia

Ex fuo: PA 120/80
Rx W: 62.27, 3rd

Dr. Marcio Dorneles P. Souza
Cardiologista
CRM 705-RR RQE 436 RQE 437

Data

Médico

Dr. Marcio Dorneles P. Souza
Cardiologista
CRM 705-RR RQE 436 RQE 437

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

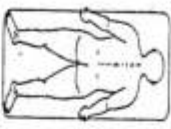
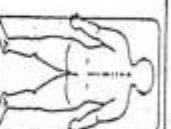
Atualizada: 2/2020

Paciente:

Adriano de Rodrigues

Leito: 100-4

Data: 14 / 03 / 2020

Localização	 	Região: <i>Amputação D</i> Grau: I () II (☒)	 	Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (☒) Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo (☒) Granulação (☒) Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____
Pele Perilesional	(☒) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (☒) Serosanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro: _____
Quantidade de Exsudato	(☒) Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco
Solução de Limpeza	(☒) Soro Fisiológico 0,9% (☒) Clorexidina 2% () Alcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase (☒) Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Alcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Alcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Alcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____
Cobertura primária	(☒) Gaze () Colagenase/Fibrinase (☒) Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____
Troca	() 12/12 (☒) Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Vanessa da Silva Moraes Técnica Enfermagem COREN-RR 965 152 TE	Renata Silva Rodrigues Técnica Enfermagem COREN-RR 415212 - AE	Larissa Alves Mota Técnica Enfermagem COREN-RR 1.247.428 - TE	Elisabela Cruz Técnica Enfermagem COREN-RR 408.579 - ENF
Observações:				

120-4

 GOVERNO DE RORAIMA HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				 HGR Hospital Geral de Roraima
	SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
	SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
	PRESCRIÇÃO MÉDICA				

DATA DE ADMISSÃO	DIH	18/03/2020	DN	04/10/1967
PACIENTE ODIVALDO RODRIGUES DOS SANTOS				
AGNÓSTICO FX EXPOSTA DE TIBIA E				
ALERGIAS	HAS	SIM	DM2	
IDADE	52 ANOS	LEITO	120-4	DATA 19/03/2020
ITEM	HORÁRIO			
1	DIETA ORAL PARA HIPERTENSO			
2	AVP			
D1	Metronidazol 500mg EV DE 8/8H			
D1	CEFTRIAXONA 1G EV DE 12/12H			
3	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H			
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA			
5	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DO			
7	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
10	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA			
11	CURATIVO			
12	SSVV + CCGG 6/6H			
13	Tilatil 20mg EV de 12/12h (D1)			
14	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI ; 251-300: 4UI ; 301-350: 6UI ; 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. PACIENTE EM USO DE TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA ES.
 PACIENTE HIPERTENSO E CADIOPATA. TAMBÉM SERÁ ACOMPANHADO PELA ORTOPEDIA CLÍNICA

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	125x81	70	35,6
18 H	14x81	75	35,7
24 H			

Loamir Viana
 MÉDICO
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM 124
 ORTOMEDICINA

2.00h. Odvaldo SSVV, adm. as med. cpm. Cel.
 19h RT medicado com CPM e Uvulicado SSVV.
 20h 30m Santos Pereira
 Enfermeiro
 CRN-RR 751.350-1EC



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE ENCAMINHAMENTO - HGR/CMECM
CLASSIFICAÇÃO VERMELHA

PACIENTE:	SUS
ENDEREÇO:	BAIRRO:
NOME DA MÃE:	SEXO: () MASC () FEM
DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____	IDADE: ____
CPF: ____ - ____	FONE: ____

ESPECIALIDADE

SOLICITADA: _____

DATA DA ALTA HOSPITALAR: _____

DIAGNOSTICO NA INTERNAÇÃO: _____

CID: _____

DOENÇAS PREVIAS: _____

MEDICAÇÃO DIÁRIA: _____

RESUMO DA INTERNAÇÃO (JUSTIFICATIVA DE SEGUIMENTO):

--

RESULTADO DE EXAME VINCULADO AO ACOMPANHAMENTO:

TRATAMENTO INSTITUÍDO PÓS ALTA:

DATA: _____

MÉDICO
(ASSINATURA E CARIMBO)

AGENDAMENTO - CECM

ESPECIALIDADE:
DATA: ____ / ____ / ____ HORA: ____ HS
MÉDICO:



120-4



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



DATA DE ADMISSÃO	DIH	18/03/2020	DN	04/10/1967
PACIENTE ODIVALDO RODRIGUES DOS SANTOS				
AGNÓSTICO FX EXPOSTA DE TIBIA E				
ALERGIAS	HAS	SIM	DM2	
IDADE	52 ANOS	LEITO	120-4	DATA 20/03/2020
ITEM				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA HIPERTENSO			SN.
2	AVP			SN.
D2	Metronidazol 500mg EV DE 8/8H			08 16 24 08
D2	CEFTRIAXONA 1G EV DE 12/12H			12 18 24 08
3	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H			06 1
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA			SN.
5	PLASIL10MG EV 8/8H S/N			SN.
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DO			SN.
7	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			SN.
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SN.
10	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA			16
11	CURATIVO			Notina.
12	SSVV + CCGG 6/6H			Notina.
13	Tilatil 20mg EV de 12/12h (D1)			10 24
14	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI ; 251-300: 4UI ; 301-350: 6UI ; 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. PACIENTE EM USO DE TALA EM PERNA E.
 PACIENTE HIPERTENSO E CADIOPATA. TAMBÉM SERÁ ACOMPANHADO PELA ORTOPEDIA CLINICA
 CD: AGUARDANDO RISCO CIRURGICO

SINAIS VITAIS					Loamir Viana MÉDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM 2124 RR
6 H	PA	FC	FR		
12 H	148 x 82	72		36	
18 H	140 x 80	70		36	
24 H	140 x 90	81		35,7	

Plantão matutino
 Acomodado leito, realizado
 SSVV e medição de pressão
 troca de AVP. 500

Plantão noturno
 Ref. medicado com
 EVU 500mg SSVV
 T.C. 36,7

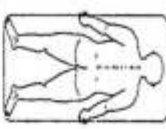
HGR

ODIVALDO RODRIGUES

Leito: 320-4

Atualizada: 2/2020

Data: 20103 12020

Localização	 	Região: <u>MII</u>	 	Região: <u>EVANCO</u>
Etiologia	☐ LPP ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ?* ☐ Queimadura ☒ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: <u> </u> Tração <u> </u> Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro: <u> </u>	☐ LPP ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☒ Trauma: <u> </u> Tração <u> </u> Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro: <u> </u>		
Aparência do Leito	☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfácelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros <u> </u> ☒ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro: <u> </u>	☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfácelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida Fechada ☒ Dreno/Sonda ☐ Outros <u> </u> ☒ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro: <u> </u>		
Pele Perilesional	☐ Purulento ☐ Seroso ☒ Sanguinolento ☐ Serossanguíneo ☐ Seco ☐ Outro: <u> </u>	☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☒ Serossanguíneo ☐ Seco ☐ Outro: <u> </u>		
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco ☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco ☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%		
Cobertura primária	☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: <u> </u>	☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: <u> </u>		
Troca	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:	Bruno S. Pereira Técnico de Enfermagem COREN-RR 615.356 Hospital de Referência N. Floriano Unidade de Enfermagem Unidade de Feridas e Cicatrizes Rua: ... Fone: ...	Bruno S. Pereira Técnico de Enfermagem COREN-RR 615.356 Hospital de Referência N. Floriano Unidade de Enfermagem Unidade de Feridas e Cicatrizes Rua: ... Fone: ...		
Observações:				

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	18/03/2020	DN	04/10/1967
PACIENTE	ODIVALDO RODRIGUES				
AGNÓSTICO	FX ESPOXTA DE TIBIA E FIBULA ESQUERDA MAIS CARDIOPATIA				
ALERGIAS		HAS	s		
IDADE		LEITO	120-4	DATA	21/03/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S/N
2	AVP				S/N
3	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN				S/N
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				S/N
5	PLASIL10MG EV 8/8H S/N				S/N
6	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DO				S/N
7	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				S/N
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S/N
11	CURATIVO				S/N
12	SSVV + CCGG 6/6H				S/N
c/pc	ASS 100mg 1cp após almoço				S/N
c/pct	clopidogrel 75mg 1cp 1xdia				S/N
c/pct	Monocordil 40mg 1cp de 12/12h				S/N
c/pct	hidralaxina 25mg 1cp 1dia				S/N
C/PC	CAVERDILOL 25MG 1CP DE 12/12H				S/N
C/PC	NaPRIX 10MG +10MG 1CP DIA				S/N
13	CLEXANE 40MG SC 1XDIA				S/N
14					S/N
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. Solicito exames para avaliar cx

SINAIS VITAIS					Loamir Viana MÉDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM 2124 RR
6 H	PA	FC	FR	36.0	
12 H	139x96	78		36.0	
18 H	131x77	87		36.0	
24 H	101x59	79		35.4	



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE
Hospital Geral de Roraima
Avenida Brigadeiro Eduardo Gomes 3308 - Aeroporto
CNPJ:
Telefone: (95)2121-0640 - Fax: (95)2121-0638



Requisição 200116001107	Origem Hospital Geral de Roraima	Data de Cadastro 03/03/2020	
Paciente DHIULIA BETHANIA GOMES	Cartão Nacional de Saúde	Idade 29 ANO(S)	Sexo FEMININO
Requisitante HOSPITAL GERAL DE RORAIMA HGR	Município BOA VISTA	Profissional de Saúde ROBERTO CARLOS / CRM-RR 1350	

Cultura para fungos

Exame Micológico Direto

Método: Micológico Direto

Data da Coleta: 03/03/2020

Material: Secreção nasofaríngea

Data do Recebimento: 04/03/2020

Registro Interno: 204

1ª amostra

Resultado: Presença de células leveduriformes

A fresco com KOH: Presença de células leveduriformes

Quantidade:

Exame conferido e liberado por ROSE MARY DE LIMA PENA (MAT - 40002736) (Bioquímico-Farm CRF 053-RR), em 04/03/2020.



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Odvaldo Rodrigues dos Santos ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 18/03/2020, COM
DIAGNÓSTICO DE Fratura de Tíbia e fíbula exposta
Esquerda

NO DIA 18/03/2020, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Redução e fixação da fratura + talo SENDO

OPERADO PELO DR. Jesus E DR. _____

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 23/03/2020, ÀS 15:35, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 1/1/, ÀS 10h00 minutos, COM O
DR. Jesus

ORIENTAÇÕES GERAIS :

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

Loamir Viana
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2124

BOA VISTA, 23/03/2020

MÉDICO



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Odivaldo Rodrigues dos Santos ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 18/03/2020, COM
DIAGNÓSTICO DE Fratura de Tíbia e fíbula aberta
Esquerda
NO DIA 18/03/2020, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Redução Incrustada de Fratura + tala SENDO
OPERADO PELO DR. Jesus E DR. _____
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 23/03/2020, ÀS 15:15, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 1/1, ÀS (em 7 dias úteis), COM O
DR. Jesus

ORIENTAÇÕES GERAIS:

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. _____

Loamir Viana
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2124

BOA VISTA, 23/03/2020

MÉDICO

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
GOVERNO DE RORAIMA HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		DATA DE ADMISSÃO	DIH	18/03/2020	DN 04/10/1967
PACIENTE ODIVALDO RODRIGUES					
AGNÓSTICO FX ESPOXTA DE TIBIA E FIBULA ESQUERDA MAIS CARDIOPATIA					
ALERGIAS		HAS	s		
IDADE		LEITO	120-4	DATA	21/03/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S N W
2	AVP				maior ten
3	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				S N
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				NO
5	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				S N
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DO				S N 14-30
7	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				S N
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				torção
11	CURATIVO				Aa amido
12	SSVV + CCGG 6/6H				200-250
c/pc	ASS 100mg 1cp após almoço				
c/pct	clopidogrel 75mg 1cp 1xdia				
c/pct	Monocordil 40mg 1cp de 12/12h				
c/pct	hidralaxina 25mg 1cp 1dia				
C/PC	CAVERDILOL 25MG 1CP DE 12/12H				(30) NTF
C/PC	NaPRIL 10MG +10MG 1CP DIA				
13	CLEXANE 40MG SC 1XDIA				
14					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI ; 251-300: 4UI ; 301-350: 6UI ; 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. Solicito exames para avaliar cx

SINAIS VITAIS					Loamir Viana MÉDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM 2124 RR
6 H	PA	FC	FR		
12 H	139x96	78		36.0	
18 H	131x77	87		36.0	
24 H	101x59	79		35.4	

Plantão das 19:00h às 7:00h Paciente no
leito-Adm m.cpm Afetado SSVV

Terezinha de Jesus P. da Silva
COREN-PR 427910-AE



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE RORAIMA

PEDIDO DE PARECER

DE: ORTOPEDIA

PARA: CARDIOLOGIA

Nome: DONALDO RODRIGUES DOS SANTOS

Idade: 52

Leito: 120-4

Paciente cardiopata + HAS, deu entrada em 18/03
com FRATURAS DE TÍBIA E FÍBULA (E) EXPÓSITA. EVOLUINDO
COM DOR TORMENTOSA. COM USO DE VÁRIOS ANTI-INFLAM-
TÓRIOS. SOLICITADOS ENZIMAS + ECG.
SOLICITO AVALIAÇÃO E CONDUTA.

Grato.

Boa Vista - RR, 21 de março de 2020


Dr. Lael do Santos da Silva
Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2015

Assinatura e Carimbo do Médico

Resposta:

Empty box for the response.

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

Paciente:

Osvaldo Rodas

Leito:

1204

Data:

21/03/2020

Localização	 	Região: <i>ME</i>	 	Região: <i>torax</i>
Etiologia	Grau: I () II (☒) () LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <i>Tracão</i> Fixador Externo () ortopedia () Outro: <i>lesão mecânica</i>			
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____			
Pele Perilesional	() Purgulento () Seroso (☒) Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro: _____			
Quantidade de Exsudato	(☒) Molhado () Úmido () Seco () Soro Fisiológico 0,9% (☒) Clorexidina 2% () Álcool 70%			
Cobertura primária	(☒) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____			
Troca	() 12/12 (☒) Diário () 48/48h () 12/12 (☒) Diário () 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	<i>Luciene Gomes de Lencastre</i> Auxiliar de Enfermagem Conselho Profissional de Enfermagem - RR 388/2013		Euscléia Cordeiro Gomes Enfermeira Conselho Profissional de Enfermagem - RR 388/2013	
Observações:	_____ _____ _____			

PRESCRIÇÃO MÉDICA



SETOR: BLOCO A ENF:120 LEITO: 4 DN: 04/10/1967 DIH: 18/03/2020

NOME DO PACIENTE: ODIVALDO RODRIGUES DOS SANTOS

HD: FX EXPOSTA DE TIBIA E FIBULA E + CARDIOPATIA/CORONARIOPATIA

DATA/HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
22/03/2020	1. DIETA P/HAS	12h
	2. AVP	12h
	3. SF. 0,9% 500 ML EV 12/12H	12h
	4. DIPIRONA 1 G EV 06/06 H SN	12h
	5. OMEPRAZOL 40 MG EV 1 X AO DIA	06h
	6. PLASIL 10 MG EV 08/08 SN	12h
	7. TRAMAL 100 MG + 100 ML SF 0,9 % EV 08/08 H SN	12h
	8. CARVEDILOL 25MG VO 1 CP 12/12H	12h
	9. NAPRIX 10MG/10MG 1 CP/DIA	12h
	10. AAS 100MG VO 1 CP APÓS O ALMOÇO	12h
	11. CLOPIDOGREL 75MG VO 1 CP/DIA	12h
	12. MONOCORDIL 40MG VO 1CP 12/12H	12h
	13. HIDRALAZINA 25MG VO 1 CP/DIA	12h
	14. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA	12h
	15. CAPTOPRIL 25 MG VO SE PAS > 160 OU PAD > 110	12h
	16. DEXTRO 06/06 H	12h
	17. INSULINA REGULAR CONFORME ESQUEMA AO LADO	12h
	18. GH 50% 5AMP IV SE DXT <= 70 MG/DL	12h
	19. CATETER NASAL O2 3L/ MIN SN	12h
	20. SSVV + CCGG 06/06H	12h
	21. SOLICITO AVALIAÇÃO NUTRICIONAL	12h

Carlos Alberto Jr.
Médico
CRM-RR 20830

Paciente no leito, sem queixas e/ou intercorrências em 24 horas. Hemodinamicamente estável. Refere coronariopatia com necessidade de revascularização (colocação de Stent cardíaco). Exames laboratoriais de 19/03/2020 com anemia leve, sem outras alterações.

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR

Até 200: 0	301 - 350: 06 UI
201 - 250: 02 UI	351 - 400: 08 UI
251 - 300: 04 UI	> 401: 10 UI

GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL

REGISTRO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS				
Horário	06h	11h	17h	23h
PA		120/80	140/90	
FC		73	78	
Tax		36,8°C	36,5°C	
FR		19	20	
Evacuação		ovendo	ovendo	
Diurese		ovendo	ovendo	
Dextro	128	135	125	133
Insulina Regular				
SNG				
Dreno				

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE _____ CNES _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE _____ Nº DO PRONTUÁRIO _____

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ DATA DE NASCIMENTO _____ SEXO ☐ Masc. ☐ Fem. RAÇA/COR _____ ETNIA _____

NOME DA MÃE _____

NOME DO RESPONSÁVEL _____ DOO _____ TELEFONE CELULAR _____ Nº DO TELEFONE _____

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) _____

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____ COD. IBGE MUNICÍPIO _____ UF _____ CEP _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____ SERVIÇO _____ CLASS _____ NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____ QTD _____

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ QTD _____

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ QTD _____

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ QTD _____

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ QTD _____

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ QTD _____

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ QTD _____

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO _____ CID-10 PRINCIPAL _____ CID-10 SECUNDÁRIO _____ CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS _____

OBSERVAÇÕES _____

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____ DATA DA SOLICITAÇÃO _____ ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO) _____

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____ COD. ORÇÃO EMISSOR _____

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO) _____

DATA DA AUTORIZAÇÃO _____ ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____

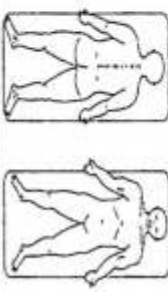
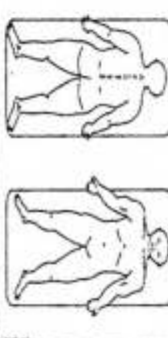
PERÍODO DE VALIDADE DA APAC _____

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE _____ CNES _____

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR		Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Paciente: <u>Delivaldo Rodrigues</u>		Leito: <u>320-4</u>	Data: <u>22/03 1800</u>		

Localização			Região: <u>MSE</u> Grau: I () II (☒)		Região: <u>MSE</u> Grau: I () II (☒)
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (☒) Trauma: <u>Tracção</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro:			() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (☒) Trauma: <u>Tracção</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro:	
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização (☒) Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros <u>Debridamento</u>			() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda (☒) Outros <u>Debridamento</u>	
Pele Perilesional	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:			() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (☒) Serossanguíneo () Seco () Outro:			() Purulento () Seroso () Sanguinolento (☒) Serossanguíneo () Seco () Outro:	
Quantidade de Exsudato	() Molhado (☒) Úmido () Seco			() Molhado (☒) Úmido () Seco	
Solução de Limpeza	(☒) Soro Fisiológico 0,9% (☒) Clorexidina 2% () Álcool 70%			(☒) Soro Fisiológico 0,9% (☒) Clorexidina 2% () Álcool 70%	
Cobertura primária	(☒) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:			(☒) Gaze (☒) Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: <u>Alginate</u>	
Troca	() 12/12 (☒) Diário () 48/48h			() 12/12 (☒) Diário () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	Vanessa da Silva Moraes Técnica de Enfermagem COREN-RR 965 152 TE Renata Silva Rodrigues Técnica de Enfermagem COREN-RR 132117-TE Luíssa Alves Mota Técnica de Enfermagem COREN-RR 1247 478-TE			Vanessa da Silva Moraes Técnica de Enfermagem COREN-RR 965 152 TE Renata Silva Rodrigues Técnica de Enfermagem COREN-RR 132117-TE Luíssa Alves Mota Técnica de Enfermagem COREN-RR 1247 478-TE	
Observações:	<u>Realizada Curativo 1900h 22/03</u> <u>Realizada Alginate Gaze 4h</u>				

PREScrição Médica

12024



SETOR: BLOCO A	ENF:120	LEITO: 4	DN: 04/10/1967	DIH: 18/03/2020
NOME DO PACIENTE: ODIVALDO RODRIGUES DOS SANTOS				
HD: FX EXPOSTA DE TIBIA E FIBULA E + CARDIOPATIA/CORONARIOPATIA				
DATA/HORA	PREScrição	HORÁRIO		
23/03/2020	1. DIETA P/ HAS	SNV		
	2. AVP	na geral		
	3. SF. 0,9% 500 ML EV 12/12 H	14 02		
	4. DIPIRONA 1 G EV 06/06 H SN	06		
	5. OMEPRAZOL 40 MG EV 1 X AO DIA	06		
	6. PLASIL 10 MG EV 08/08 SN	06		
	7. TRAMAL 100 MG + 100 ML SF 0,9 % EV 08/08 H SN	06		
	8. CARVEDILOL 25MG VO 1 CP 12/12H	14 22		
	9. NAPRIX 10MG/10MG 1 CP/DIA	14		
	10. AAS 100MG VO 1 CP APÓS O ALMOÇO	14		
	11. CLOPIDOGREL 75MG VO 1 CP/DIA	14		
	12. MONOCORDIL 40MG VO 1CP 12/12H	14 06		
	13. HIDRALAZINA 25MG VO 1 CP/DIA	14 06		
	14. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA	14		
	15. CAPTOPRIL 25 MG VO SE PAS > 160 OU PAD > 110	14		
	16. DEXTRO 06/06 H	14 18 - 24 06		
	17. INSULINA REGULAR CONFORME ESQUEMA AO LADO	14		
	18. GH 50% 5AMP IV SE DXT <= 70 MG/DL	14		
	19. CATETER NASAL 02 3L/ MIN SN	14		
	20. SSV + CCGG 06/06H	14		
	21. SOLICITO AVALIAÇÃO NUTRICIONAL.	14		

Dr. João Natthodt
Medicina
CRM-RR 2070

Paciente no leito, sem queixas e/ou intercorrências em 24 horas. Hemodinamicamente estável. Refere coronariopatia com necessidade de revascularização (colocação de Stent cardíaco). Exames laboratoriais de 19/03/2020 com anemia leve, sem outras alterações.

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR	
Até 200: 0	301 - 350: 06 UI
201 - 250: 02 UI	351 - 400: 08 UI
251 - 300: 04 UI	> 401: 10 UI Chamar Plantonista
GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL	

REGISTRO DE ENFERMAGEM				
SINAIS VITAIS				
Horário	06h	11h	17h	23h
PA		140x80		
FC		77		
Tax		36.8		
FR		20		
Evacuação		+		
Diurese		+		
Dextro		24		
Insulina Regular				
SNG				
Dreno				

11h Realizados medicações e SSVV e PM.
Te. Buíça



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE
Hospital Geral de Roraima
Avenida Brigadeiro Eduardo Gomes 3308 - Aeroporto
CNPJ:
Telefone: (95)2121-0640 - Fax: (95)2121-0638



Requisição 200116001107	Origem Hospital Geral de Roraima	Data de Cadastro 03/03/2020	
Paciente DHIULIA BETHANIA GOMES	Cartão Nacional de Saúde	Idade 29 ANO(S)	Sexo FEMININO
Requisitante HOSPITAL GERAL DE RORAIMA HGR	Município BOA VISTA	Profissional de Saúde ROBERTO CARLOS / CRM-RR 1350	

Cultura para fungos

Exame Micológico Direto

Método: Micológico Direto

Registro Interno: 204

Data da Coleta: 03/03/2020

Data do Recebimento: 04/03/2020

Material: Secreção nasofaríngea

1ª amostra

Resultado: Presença de células leveduriformes

Quantidade:

A fresco com KOH: Presença de células leveduriformes

Exame conferido e liberado por ROSE MARY DE LIMA PENA (MAT - 40002736) (Bióquímico-Farm CRF 053-RR), em 04/03/2020.

E



ODIVALDO RODRIGUES DOS SANTOS 3598

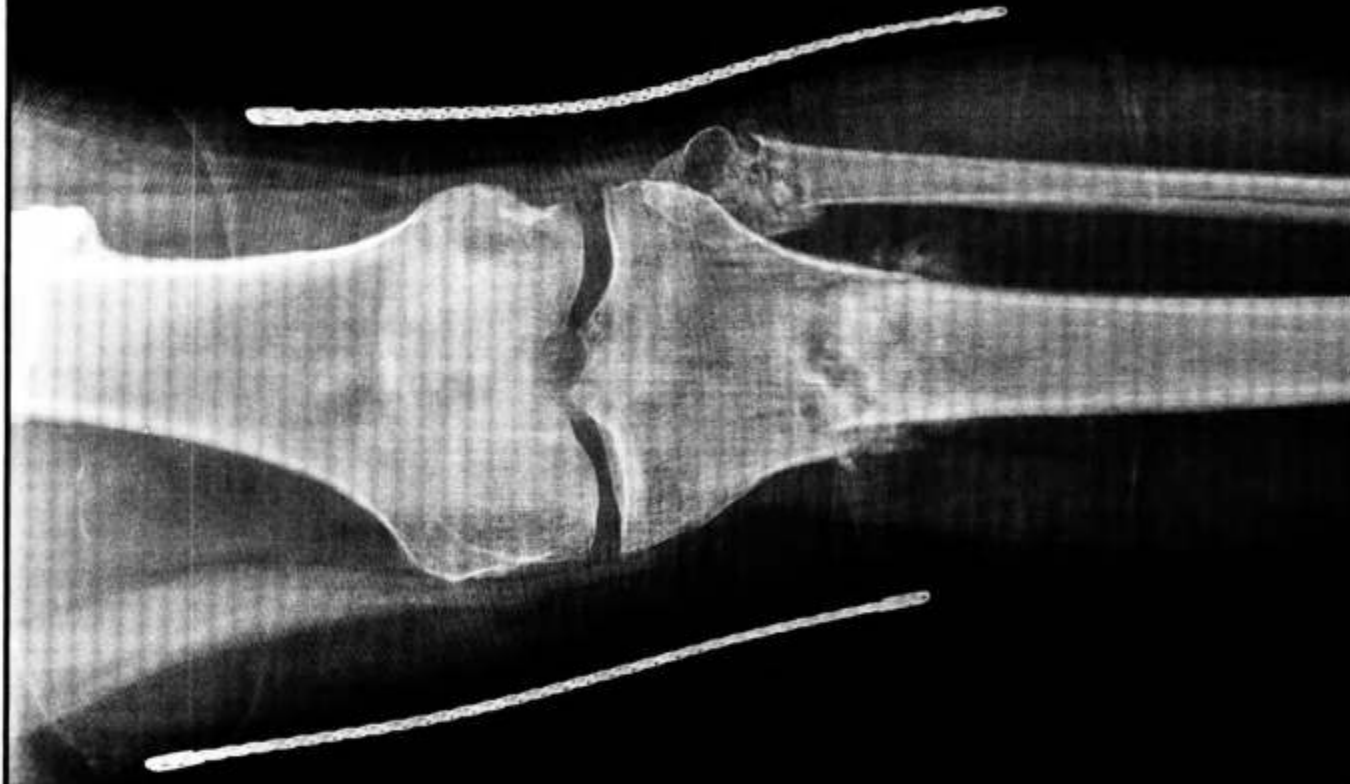
HOSPITAL CORONEL MOTA

28/04/2020

Marcos

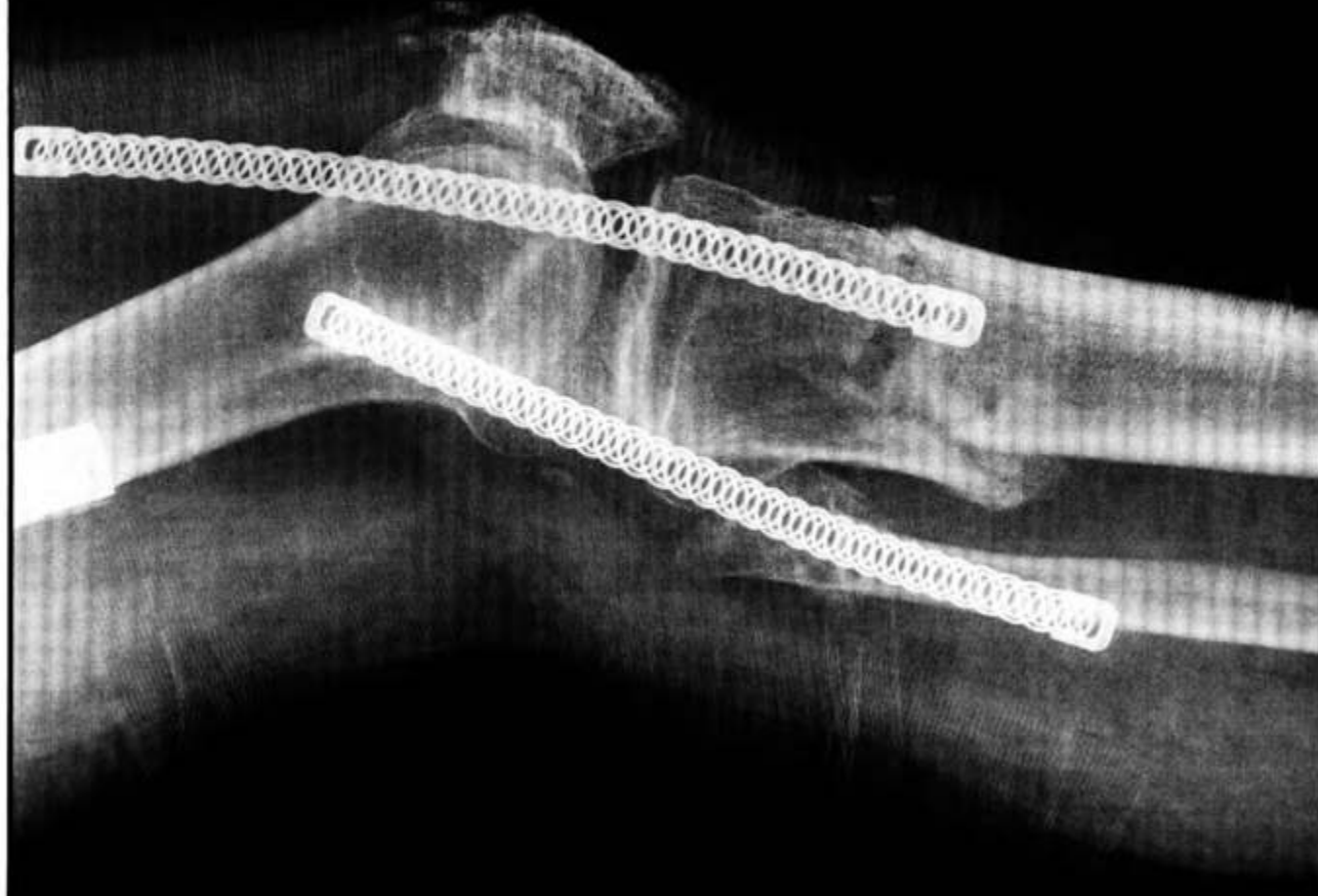
00 8 1 1

E



25/05/2020

51.8%



25/05/2020

63.0%

ODIVALDO RODRIGUES DOS SANTOS 3971

HOSPITAL CORONEL MOTA

Marcos

E

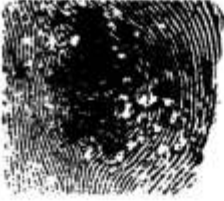


ODIVALDO RODRIGUES DOS SANTOS 3598
HOSPITAL CORONEL MOTA

Marcos

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito



Odilvaldo Rodrigues dos Santos
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 308628-3 DATA DE EMISSÃO 31/01/2017

NOME ODIVALDO RODRIGUES DOS SANTOS

RELACÃO ODILON RODRIGUES DOS SANTOS

NATURALIDADE BOA VISTA - RR DATA DE NASCIMENTO 04/10/1967

D.O.C. ORDEM CERTD NASC 126650 FLS 246 LIV A257
1 OF BOA VISTA-RR

531.775.502-63 AMARDEU ROCHA TRIANI
2 VIA Perito Papiloscópico da Polícia Civil
Circulo de 800

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 7



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

531.775.502-63

Nome

ODIVALDO RODRIGUES DOS SANTOS

Nascimento

04/10/1967

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200228231 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ODIVALDO RODRIGUES DOS SANTOS **Data do acidente:** 18/03/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA EM TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 4/12/20 _CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0176503/20

Vítima: ODIVALDO RODRIGUES DOS SANTOS

CPF: 531.775.502-63

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/03/2020

Titular do CPF: ODIVALDO RODRIGUES DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ODIVALDO RODRIGUES DOS SANTOS : 531.775.502-63

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/06/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/06/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200228231 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ODIVALDO RODRIGUES DOS SANTOS **Data do acidente:** 18/03/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA EM TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 4/12/20 _CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Odvaldo Rodrigues dos Santos
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: autônomo RG: _____
CPF: 531.775.502-63 ENDEREÇO: R. Waldir Pereira da Rocha
BAIRRO: Imagem Laranjeira CIDADE: Boa Vista
CEP: 69031-712

VÍTIMA: Odvaldo Rodrigues dos Santos
CPF: 531.775.502-63 DATA DO ACIDENTE: _____
NATUREZA: ☐ D.A.M.S. ☒ INVALIDEZ ☐ MORTE

OUTORGADA:

NOME: William Gonçalves Franco
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: casado
PROFISSÃO: autônomo
Nº DO RG: 239717 ÓRGÃO EMISSOR: SSP-RR
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16
Nº CPF: 825.396.343-20
ENDEREÇO: Rua CC 11 294 Laura Moreira

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por invalidez, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Boa Vista RR, 11 de junho de 20 20

Odvaldo Rodrigues dos Santos
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0176503/20

Vítima: ODIVALDO RODRIGUES DOS SANTOS

CPF: 531.775.502-63

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/03/2020

Titular do CPF: ODIVALDO RODRIGUES
DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ODIVALDO RODRIGUES DOS SANTOS : 531.775.502-63

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/06/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/06/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO