



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 24 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200390273

Vítima: HEBERSON REYNAUD GONCALVES

Data do Acidente: 16/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), HEBERSON REYNAUD GONCALVES

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16336349

Pag. 01911/01912 - carta_07 - INVALIDEZ



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJVAT 5MQDU GKNJA L98KK

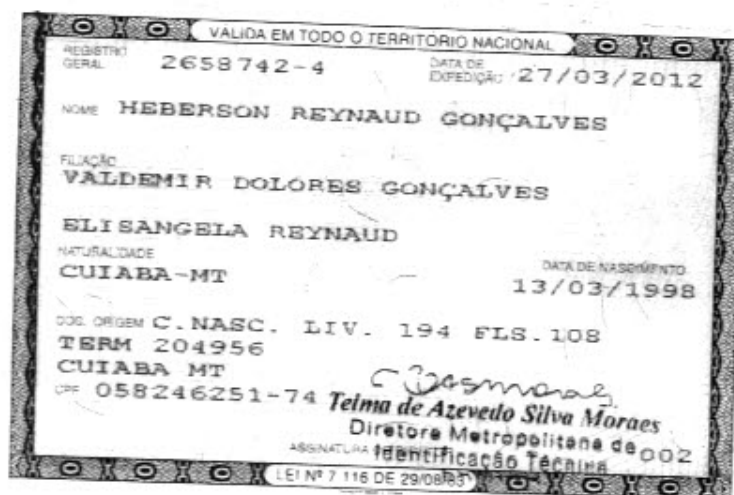
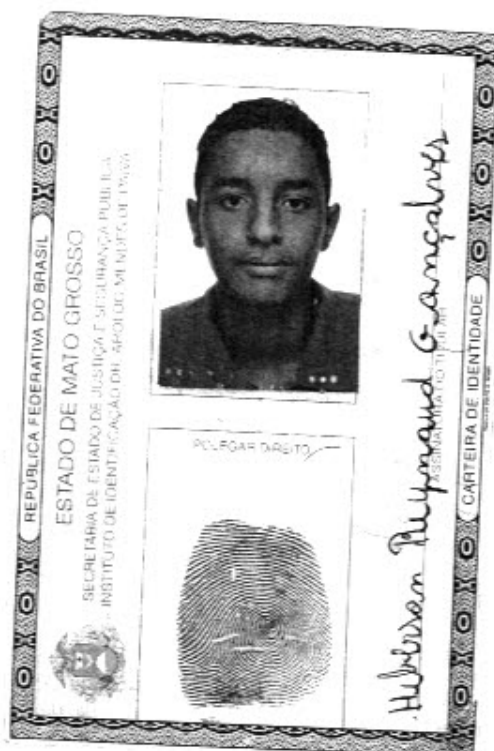


PROCURAÇÃO

Eu, Hilmaro Reynaud Gonçalves, brasileiro (a), Solteiro, Urandubor, portador (a) da cédula de identidade RG nº 2658742-4, inscrito (a) no CPF sob o nº 05824625174, residente e domiciliado (a) na Rua Campo grande, nº 866, Bairro Nova cidade, CEP 69316212, telefone nº 991641675 Boa Vista-RR, por este instrumento particular de procuração, nomeia, o Advogado **WALLYSON BARBOSA MOURA**, brasileiro, solteiro, inscrito na OAB-RR, sob o número 1616, com escritório à Avenida Sabá Cunha, nº 1479, Jardim Caranã, CEP 69.313-725, Boa Vista, Roraima. fone: (95) 3625-7709 e 99153-7838, para Através do presente instrumento particular de mandato, O **OUTORGANTE** nomeia e constitui como seu procurador o **OUTORGADO**, concedendo-lhe amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelece no artigo 38 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitações, praticar todos os atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, **com fim específico para ação judicial de cobrança de seguro DPVAT em face da SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT.**

Boa Vista/RR, 26 de 11 de 2020.

Hilmaro Reynaud Gonçalves
OUTORGANTE.





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 11672/2020 - Registrado em: 25/09/2020 às 13h 19min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

Logradouro: NAZARE FILGUEIRAS

Bairro: DOUTOR SILVIO BOTELHO

Referência: PRÓXIMO AO HOSPITAL DAS CLÍNICAS

Complemento:

Data/hora do Fato: 16/07/2020 às 07h 20min

UF: RR

Nº: S/N

CEP: 69314-550

Tipo de local: VIA URBANA

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

HEBERSON REYNAUD GONÇALVES(22), nascido(a) em 13/03/1998, sexo MASCULINO, solteiro(a), CPF Nº 058.246.251-74, País: BRASIL, natural de CUIABA-MT, filho(a) de ELISANGELA REYNAUD e VALDEMIR DOLORES GONÇALVES, endereço: CAMPO GRANDE, cep: 69316-212, Nº: 866, bairro: NOVA CIDADE, BOA VISTA-RR, referência: FAVORITO MADEIRAS, AOS FUNDOS DA LOJA., Telefone: (95) 99164-1675.

RELATO DA OCORRÊNCIA

EU TRAFEGAVA COM MINHA MOTOCICLETA DE PROPRIEDADE DE ONEIDE DA SILVA CPF 70340994215, PLACA NUL 8447, CHASSI 9C2JC4830JL037946, RENAVAM 01165728874, NA AVENIDA NAZARÉ FILGUEIRAS E UM VENEZUELANO VINHA DE BICICLETA E ENTROU DE UMA VEZ NA MINHA FRENTE NO QUE EU FREEI E CAI DE MOTO.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLÍCIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRONICAMENTE

-IGOR TAVARES FIGUEIRA
APC
MATRÍCULA: 42000757
ASSINADO ELETRONICAMENTE

HEBERSON REYNAUD GONÇALVES
COMUNICANTE

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		1ª Classificação		Reclassificação		Reclassificação			
		<input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.					
2001256546 16/07/2020 09:52:25		FICHA DE ATENDIMENTO				TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19 6	
Paciente HEBERSON REYNAUD GONÇALVES		Data Nascimento 13/03/1998	Idade 22 A 4 M 3 D	CNS 704609160977223	CPF 05824625174	Prontuário			
Tipo Doc IDENTIDADE	Documento 26587424	Órgão Emissor SESP	Data Emissão 27/03/2012	Sexo M	Estado Civil SOLTEIRO(A)	Raça/Cor PARDA	Naturalidade CUIABA - MT	Nacionalidade BRASILEIRA	
Mãe ELISANGELA REYNAUD				Pai VALDEMIR DOLORES GONÇALVES	Contato (95) 99170-3251		Ocupação		
Endereço RUA - UIRAMUTA - 894 - PEROLA - BOA VISTA - RR									
Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal				
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão			
Sector GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada AMBULANCIA (HOSPITAL)	Procedimento Sol.	Registrado por: ERBEJONE.SIMPLICIO						
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem				GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	TOTAL				
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ h) <i>paciente encaminhado ao Hospital Casimiro e Silva com queixa de trauma no membro superior direito (Q)</i>									
Exame Físico <i>sem sinais vitais alterados.</i>									
Hipótese Diagnóstica									
SADT - Exames Complementares <input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SOM <input checked="" type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS: _____									
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO			OBSERVAÇÃO		
Conduta <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Internação <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <i>Cirurgia</i> Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____									
óbito Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica ____/____/____									
Assinatura do Paciente ou Responsável					Carimbo e Assinatura do Médico				
Impresso por: erbejone.simplicio Data Hora: 16/07/2020 09:53:57									



HOSPITAL LOTTY IRIS

CNPJ: 11.509.468/0001-22

Responsável Técnico:

Dr. Alexandre Salomão de Oliveira - CRM: 814/RR

RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome: HERBERTON REYNALDO GONÇALVES

Solicito

① Rx PERNA ⑤
com visualização
Joelho

AP
PERNA

13/10/2020

Don Silva Martins
Médico
CRM-RR 2038

Rua José Coelho, Nº 72, Centro
69.301-300 - Boa Vista, Roraima

+55 95 3224-1790
+55 95 99164-7578
lottyiris@gmail.com

Não será permitida a permanência de acompanhantes e entrada de visitantes trajando:

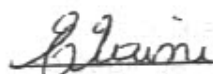
- ✓ **Shorts, Bermuda, blusas de alças (mostrando ombros);**
- ✓ **Mini blusas e minissaias;**
- ✓ **Vestidos e blusas tomara que caia;**
- ✓ **Roupas transparentes, decotadas, costas nua e colada ao corpo;**
- ✓ **Joias, bonés, capacetes.**

HORÁRIO DE VISITA AO BLOCO

A VISITA ESTA SUSPensa POR TEMPO INDETERMINADO.

DEMAIS ORIENTAÇÕES AOS VISITANTES E ACOMPANHANTES

- ✓ Não é permitida a visita entre pacientes;
- ✓ Não fumar nas dependências do hospital;
- ✓ Não sentar na cama do paciente;
- ✓ Não entrar nas salas de serviços, postos de enfermagem e áreas exclusivas de serviço;
- ✓ Não é permitido tirar fotos nas dependências da unidade;
- ✓ Não manipular equipamentos hospitalares;
- ✓ Não lavar e estender roupas nos aposentos, cama, janelas ou dependências da unidade;
- ✓ Obedecer às orientações dos profissionais;
- ✓ Informações sobre o estado de saúde do paciente devem ser solicitadas somente aos médicos no horário de boletim e ou visita médica;
- ✓ É proibida a entrada de qualquer outro material como colchonete, cadeiras de praia e afins;
- ✓ Não é permitida a entrada de materiais cortantes, perfurantes ou/e perfuro cortantes.
- ✓ O hospital não se responsabilizará por valores, joias ou qualquer objeto deixado nas acomodações pelos pacientes, acompanhantes e visitantes;
- ✓ Não é permitido o uso de aparelhos sonoros (celular, tablet...) no modo alto falante nas dependências da unidade.



(Assinatura do paciente e/ou acompanhante responsável)

Data: ____/____/____

**PARA GARANTIR UMA ESTADA SEGURA E CONFORTÁVEL É
IMPORTANTE QUE TODOS SIGAM AS ORIENTAÇÕES EXIGIDAS PELO
HOSPITAL LOTTY ÍRIS.**

LOTTY IRIS

NOME: Herberson Reynaud Gonçalves

IDADE: 22 PRONTUÁRIO: 29683

DATA DA INTERNAÇÃO: 16/07/2020

BLOCO: E LEITO: 13

I - ASPECTOS GERAIS

1. Enfermidade: ☒ Aguda ☐ Crônica ☐ Pós-operatório
☐ Ambulatório ☐ Pré-operatório ☐ UTI
2. Informações sobre a patologia e internação ☒ Boa ☐ Regular ☐ Sem Dados
3. Reação frente ao examinador: ☒ Receptivo ☐ Resistente ☐ Agressivo
4. Sono: ☒ Sem alteração ☐ Com alteração
5. Alimentação: ☒ Sem alteração ☐ Com alteração
6. Dor: ☐ Ausente ☐ Leve ☒ Moderada ☐ Intensa ☐ Insuportável

II - HÁBITOS DA VIDA

- ☐ Tabagismo ☐ Etilismo ☐ Drogadição

III - DINÂMICA FAMILIAR

1. Reside com: ☒ Pais ☐ Cônjuge ☐ Filhos ☐ Netos ☐ Sozinho ☐ Outros: _____
2. Acompanhante: ☒ Sim, integral ☐ Sim, parcial ☐ Não ☐ Quem: Mae

IV - ASPECTOS PSICOLÓGICOS/COMPORTAMENTAIS/COGNITIVOS

1. Estado Emocional: ☒ Tranquilo ☐ Ansioso ☐ Triste ☐ Deprimido ☐ Apático ☐ Com medo
2. Alterações psicopatológicas no momento:
- a. Desorientação: ☐ Sim ☒ Não
- b. Memória: ☒ Sem alteração ☐ Déficit
- c. Senso-percepção: ☐ Sem alteração ☒ Com alteração
- d. Pensamento: ☒ Sem alteração ☐ Lento ☐ Acelerado ☐ Confuso ☐ Delírio
- Outras: _____

3. Já esteve internado: ☐ Não ☒ Sim ☒ HGR ☐ Outra unidade de saúde
4. experiência com a internação anterior: ☒ Tranquila/Satisfatória ☐ Déficit ☐ Prolongada: _____
5. Reação frente a doença/hospitalização: ☐ Negação ☐ Revolta ☐ Tristeza
☐ Depressão ☐ Barganha ☒ Aceitação
6. Tratamento psiquiátrico anterior: ☐ Sim ☒ Não ☐ Motivo: _____
7. Tratamento psicológico anterior: ☐ Sim ☒ Não ☐ Motivo: _____
8. Medicação psicotrópica ☐ Sim ☒ Não ☐ Qual: _____

V - OBSERVAÇÕES/PLANO DE AÇÃO/PLANEJAMENTO

Paciente equilibrado emocionalmente, não necessita de um acompanhamento psicológico.

Fhellipe
Paciente
CPF: 106632

Data: 17/07/2020

Assinatura/Carimbo: _____



FICHA DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA DO SERVIÇO SOCIAL

PRONTUÁRIO Nº:	BLOCO/LEITO:	DATA DA INTERNAÇÃO:	DATA DA TRIAGEM:
19683	E13	16/07/2020	17/07/2020
NOME: Heberson Reynaud Gonçalves			SEXO: (X) M () F
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	NATURALIDADE:	NACIONALIDADE:
13/03/2012	22 anos		Brasil
ESTADO CIVIL: () SOLTEIRO (A) () CASADO (A) () DIVORCIADO (A) () VIÚVO (A) () UNIÃO ESTÁVEL			
VOCÊ TEM FILHO(S)? (X) SIM () NÃO EM CASO AFIRMATIVO QUANTOS? _____			
TEM OUTROS DEPENDENTES? () SIM () NÃO EM CASO AFIRMATIVO QUANTOS? _____			
POSSUI ALGUMA DEFICIÊNCIA? () SIM (X) NÃO EM CASO AFIRMATIVO QUAL? _____			
INFORMANTE: PRÓPRIO PACIENTE (X) ACOMPANHANTE () OUTRO ()			
ACOMPANHANTE NA UNIDADE: NOME: Elizabetha Reynaud			
PARENTESCO: MÃE (X) PAI () FILHO (A) () IRMÃO (A) () ESPOSO (A) () NETO (A) () OUTROS ()			
INDICAÇÃO CLÍNICA: Fratura de Placa Tibial (D)			
ENDEREÇO: RUA: Av. Uiracurá			
Nº 894 BAIRRO: Perola			
QUAL SUA SITUAÇÃO ATUAL DE MORADIA? () Mora com pai, mãe ou ambos () CÔNJUGE () SOZINHO () CASA DE FAMILIARES () PENSÃO/PENSIONATO () MORADIA MANTIDA PELA FAMÍLIA () CASA DE AMIGOS () ALUGADO (X) MORADIA PRÓPRIA OUTROS/ ESPECIFIQUE: _____			
FONTE DE RENDA: (X) ASSALARIADO () PROPRIETÁRIO DE PEQUENA EMPRESA () APOSENTADO () PENSIONISTA () DONO DE PROPRIEDADE RURAL () SERVIDOR PÚBLICO () EMPREGADO DE PROPRIEDADE RURAL () DESEMPREGADO () TRABALHADOR INFORMAL () AUTÔNOMO, ESPECIFICAR ATIVIDADE _____ () BENEFICIÁRIO DO INSS _____ OUTROS, ESPECIFICAR _____ JÁ ESTEVE INTERNADO NESTA UNIDADE HOSPITALAR OUTRAS VEZES? () SIM () NÃO > TELEFONES PARA CONTATO COM OS FAMILIARES: CONTATOS: (85) 9952-5973 , _____			
OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____ _____			

ASSINATURA/CARIMBO: Maria de Nazaré Costa
Assistente Social
CRESS 0905 27ª Região/R



HOSPITAL LOTTY ÍRIS

1ª via prontuário

JOSE COELHO, 72

CENTRO, 69301-300, BOA VISTA/RR, Fone: (95) 3224-1790

Paciente: **HERBERSON REYNAUD GONCALVES** SPP: 19683 Reg: 18734 Prescr. Nº: 6

Nasc. 13/03/1998 Idade: 22 anos 4 meses 3 Sexo: MASC CID: -

Válida de 21/07 08:00h à 22/07 07:59h Proced.: VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTEF Data Int.: 16/07/2020

Unidade: BLOCO E

Leito: E - E13

Convênio: SUS

DIETA

1 DIETA ORAL LIVRE

CUIDADOS

TABELA
2 AVP (MANter DATADO E TROCA DE3/3D), intermitente
3 TA + TPR 6/6H + CCGG, intermitente
4 GLC. CAP<70MG/DL = 40ML GLC. 50%- INSULINA REG. SC, intermitente
5 180-200=2UI, 201-250=4UI, 251-300=6UI, 301-350=8UI, 351-400=10UI,
>400=12UI+, AVISAR PLANTONISTA, intermitente

12 18 00 06

Medicamentos	Observação	Via	Freq.
6 OMEPRAZOL 20MG CPR. - 1 COM	em jejum	VO	1 X dia
7 DAPIRONA 500MG/ML AMP 2ML - 1 AMP, SE NECESSÁRIO	se febre e/ou dor	EV	
8 METOCLOPRAMIDA 5MG/ML AMP 2ML - 1 AMP, SE NECESSÁRIO	se náuseas e/ou vômitos	EV	
9 CAPTOPRIL 25MG-CPR - 1 COM, SE NECESSÁRIO	se PAS >=160 e/ou PAD>=110mm /Hg	VO	

Obs: Medicamentos identificados como psicotrópicos estarão destacados em Negrito.

SOLUÇÃO

10 SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML - 1 BOLS, intermitente

0/0h

OXIGÊNIO

11 O₂ CATETER NASAL, não contínuo, Se Necessário, fluxo 3 l/min

Dr(a). LOAMIR DA SILVA VIANA
CRM: 2124
Médico Consultor

Dr(a). CARLOS SILVA
CRM: 2080
Médico Assistente



HOSPITAL LOTTY ÍRIS

1ª via prontuário

JOSE COELHO, 72

CENTRO, 69301-300, BOA VISTA/RR, Fone: (95) 3224-1790

Paciente: **HERBERSON REYNAUD GONCALVES** SPP: 19683 Reg: 18734 Prescr. Nº: 5

Nasc. 13/03/1998 Idade: 22 anos 4 meses 3 Sexo: MASC CID: -

Válida de 20/07 08:00h à 21/07 07:59h Proced.: VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTEF Data Int.: 16/07/2020

Unidade: BLOCO E

Leito: E - E13

Convênio: SUS

DIETA			
1	DIETA ORAL LIVRE		SND 20/40
CUIDADOS			
TABELA		mark	
2	AVP (MANTER DATADO E TROCA DE 3/3D), intermitente		12 18 08 05
3	TA + TPR 6/6H + CCGG, intermitente		05 06
4	180-200=2UI, 201-250=4UI, 251-300=6UI, 301-350=8UI, 351-400=10UI, >400=12UI+, AVISAR PLANTONISTA, intermitente		DX = 08 06
5	GLC. CAP<70MG/DL = 40ML GLC. 50%- INSULINA REG. SC, intermitente		
Medicamentos			
6	OMEPRAZOL 20MG CPR. - 1 COM	Observação: em jejum	Via: VO
7	DIPIRONA 500MG/ML AMP 2ML - 1 AMP, SE NECESSÁRIO	Observação: se febre e/ou dor	Via: EV
8	METOCLOPRAMIDA 5MG/ML AMP 2ML - 1 AMP, SE NECESSÁRIO	Observação: se náuseas e/ou vômitos	Via: EV
9	CAPTOPRIL 25MG-CPR - 1 COM, SE NECESSÁRIO	Observação: se PAS >=160 e/ou PAD >=110mm /Hg	Via: VO
Freq. 1 X dia			
Obs: Medicamentos identificados como psicotrópicos estarão destacados em Negrito.			
SOLUÇÃO			
10	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML - 1 BOLS, intermitente		Q/0h
ACM			
OXIGÊNIO			
11	O ₂ CATETER NASAL, não contínuo, Se Necessário, fluxo 3 l/min		Sw

Dr(a). LOAMIR DA SILVA VIANA

CRM: 2124

Médico Consultor

Dr(a). CARLOS SILVA

CRM: 2080

Médico Assistente

Lucília M. dos Santos
Téc. Enfermagem
COREN - RR 1253796

HOSPITAL LOTTY ÍRIS

JOSE COELHO, 72

CENTRO, 69301-300, BOA VISTA/RR, Fone: (95) 3224-1790

1ª via prontuário

Paciente: **HERBERSON REYNAUD GONCALVES** SPP: 19683 Reg: 18734 Prescr. Nº: 4
Nasc. 13/03/1998 Idade: 22 anos 4 meses 3 Sexo: MASC CID: -

Válida de 19/07 08:00h à 20/07 07:59h

Proced.: VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTEF) Data Int.: 16/07/2020

Unidade: BLOCO E

Leito: E - E13

Convênio: SUS

DIETA

1 DIETA ORAL LIVRE

SND

CUIDADOS

TABELA

- 2 AVP (MANTER DATADO E TROCA DE 3/3D), intermitente
3 TA + TPR 6/6H + CCGG, intermitente
4 GLC. CAP < 70MG/DL = 40ML GLC. 50% - INSULINA REG. SC, intermitente
5 180-200=2UI, 201-250=4UI, 251-300=6UI, 301-350=8UI, 351-400=10UI,
>400=12UI+, AVISAR PLANTONISTA, intermitente

20/07

12 10 20 08

SND

Medicamentos

- | | Medicamentos | Observação | Via | Freq. |
|---|--|-------------------------------------|-----|---------|
| 6 | OMEPRAZOL 20MG CPR - 1 COM | em jejum | VO | 1 X dia |
| 7 | DIPIRONA 500MG/ML AMP 2ML - 1 AMP, SE NECESSÁRIO | se febre e/ou dor | EV | SND |
| 8 | METOCLOPRAMIDA 5MG/ML AMP 2ML - 1 AMP, SE NECESSÁRIO | se náuseas e/ou vômitos | EV | SND |
| 9 | CAPTOPRIL 25MG-CPR - 1 COM, SE NECESSÁRIO | se PAS >= 160 e/ou PAD >= 110mm /Hg | VO | SND |

02 25

Obs: Medicamentos identificados como psicotrópicos estarão destacados em **Negrito**.

SOLUÇÃO

10 SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML - 1 BOLS, intermitente

0/0h

Ac

OXIGÊNIO

11 O₂ CATETER NASAL, não contínuo, Se Necessário, fluxo 3 l/min

SND

Dr(a). LOAMIR DA SILVA VIANA

CRM: 2124

Médico Consultor

Dr(a). CARLOS SILVA

CRM: 2080

Médico Assistente

Erick Araújo Martins

Enfermeiro

COREN-RR 634.813

12:00



HOSPITAL LOTTY IRIS

1ª via prontuário

JOSE COELHO, 72

CENTRO, 69301-300, BOA VISTA/RR, Fone: (95) 3224-1790

Paciente: **HERBERSON REYNAUD GONCALVES** SPP: 19683 Reg: 18734 Prescr. Nº: 2

Nasc. 13/03/1998 Idade: 22 anos 4 meses 3 Sexo: MASC CID: -

Válida de 17/07 08:00h à 18/07 07:59h

Proced.: VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTEF Data Int.: 16/07/2020

Unidade: BLOCO E

Leito: E - E13

Convênio: SUS

DIETA

1 DIETA ORAL LIVRE

SND 20-25

CUIDADOS

TABELA

- 2 AVP (MANTER DATADO E TROCA DE 3/3D), intermitente
3 TA + TPR 6/6H + CCGG, intermitente
4 GLC. CAP<70MG/DL = 40ML GLC. 50%- INSULINA REG. SC, intermitente
5 180-200=2UI, 201-250=4UI, 251-300=6UI, 301-350=8UI, 351-400=10UI,
>400=12UI+, AVISAR PLANTONISTA, intermitente

manhã
12 18 20 26
Dx = 20 06

Medicamentos

Observação

Via

Freq.

- 6 OMEPRAZOL 20MG CPR. - 1 COM em jejum VO 1 X dia
7 DAPIRONA 500MG/ML AMP 2ML - 1 AMP, SE se febre e/ou EV
NECESSÁRIO dor
8 METOCLOPRAMIDA 5MG/ML AMP 2ML - 1 AMP, se náuseas EV
SE NECESSÁRIO e/ou vômitos
9 CAPTOPRIL 25MG-CPR - 1 COM, SE se PAS >=160. VO
NECESSÁRIO e/ou PAD>=110mm
/Hg

1 X dia

Su

Su

Su

02 06
19-00 12

Obs: Medicamentos identificados como psicotrópicos estarão destacados em Negrito.

SOLUÇÃO

10 SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML - 1 BOLS, intermitente

0/0h

ACM

OXIGÊNIO

11 O₂ CATETER NASAL, não contínuo, Se Necessário, fluxo 3 l/min

SN

Dr(a) DON SILVA MARTINS

CRM: 2838

Médico Consultor

Dr(a). CARLOS SILVA

CRM: 2080

Médico Assistente

Lucilia M. dos Santos
Téc. Enfermagem
COREN - RR 122277

LOTTE IRIS

HOSPITAL LOTTY ÍRIS

JOSE COELHO, 72

1ª via prontuário

CENTRO, 69301-300, BOA VISTA/RR, Fone: (95) 3224-1790

Paciente: **HERBERSON REYNAUD GONCALVES** SPP: 19683 Reg: 18734 Prescr. Nº: 3

Nasc. 13/03/1998 Idade: 22 anos 4 meses 1 Sexo: MASC CID: -

Válida de 18/07 08:00h à 19/07 07:59h

Proced.: VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTEF Data Int.: 16/07/2020

Unidade: BLOCO E

Leito: E - E13

Convênio: SUS

E 13

DIETA			
1	DIETA ORAL LIVRE	SND	

CUIDADOS			
TABELA			
2	AVP (MANter DATADO E TROCA DE 3/3D), intermitente		
3	TA + TPR 6/6H + CCGG, intermitente	12 18 00 06	
4	180-200=2UI, 201-250=4UI, 251-300=6UI, 301-350=8UI, 351-400=10UI, >400=12UI+, AVISAR PLANTONISTA, intermitente		
5	GLC. CAP<70MG/DL = 40ML GLC. 50%- INSULINA REG. SC, intermitente		

Medicamentos	Observação	Via	Freq.
6 OMEPRAZOL 20MG CPR. - 1 COM	em jejum	VO	1 X dia
7 DIPIRONA 500MG/ML AMP 2ML - 1 AMP, SE NECESSÁRIO	se febre e/ou dor	EV	
8 METOCLOPRAMIDA 5MG/ML AMP 2ML - 1 AMP, SE NECESSÁRIO	se náuseas e/ou vômitos	EV	
9 CAPTOPRIL 25MG-CPR - 1 COM, SE NECESSÁRIO	se PAS >=160 e/ou PAD>=110mm /Hg	VO	

Obs: Medicamentos identificados como psicotrópicos estarão destacados em **Negrito**.

SOLUÇÃO		
10	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML - 1 BOLS, intermitente	0/0h

OXIGÊNIO	
11	O ₂ CATETER NASAL, não contínuo, Se Necessário, fluxo 3 l/min

Dr. BRUNO VIEIRA

CRM: 1231

Médico Consultor

Dr(a). CARLOS SILVA

CRM: 2080

Médico Assistente

Louriane dos Santos Sampaio
Louriane dos Santos Sampaio
COREN-RR 001072248 - TE

HOSPITAL LOTTY ÍRIS

JOSE COELHO, 72

CENTRO, 69301-300, BOA VISTA/RR, Fone: (95) 3224-1790

1ª via prontuário

EJ3

Paciente: **HERBERSON REYNAUD GONCALVES** SPP: 19683 Reg: 18734 Prescr. Nº: 1

Nasc. 13/03/1998 Idade: 22 anos 4 meses 3 Sexo: MASC CID: -

Válida de 17/07 01:08h à 17/07 07:59h Proced.: VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTEF Data Int.: 16/07/2020

Unidade: BLOCO E

Leito: E - E13

Convênio: SUS

EVOLUÇÃO MÉDICA

1 Data: 17/07/2020, hora: 01:08, descrição: aos cuidados da ortopedia

DIETA

2 DIETA ORAL LIVRE

CUIDADOS

TABELA

3 AVP (MANTER DATADO E TROCA DE3/3D), intermitente

4 TA + TPR 6/6H + CCGG, intermitente

12 18 00 06

5 180-200=2UI, 201-250=4UI, 251-300=6UI, 301-350=8UI, 351-400=10UI,
>400=12UI+, AVISAR PLANTONISTA, intermitente

6 GLC. CAP<70MG/DL = 40ML GLC. 50%- INSULINA REG. SC, intermitente

Medicamentos

Observação

Via

Freq.

7 OMEPRAZOL 20MG CPR. - 1 COM

em jejum

VO

1 X dia

02

8 DIPIRONA 500MG/ML AMP 2ML - 1 AMP, SE
NECESSÁRIO

se febre e/ou
dor

EV

SN

9 METOCLOPRAMIDA 5MG/ML AMP 2ML - 1 AMP,
SE NECESSÁRIO

se náuseas
e/ou vômitos

EV

SN

10 CAPTOPRIL 25MG-CPR - 1 COM, SE
NECESSÁRIO

se PAS >=160
e/ou
PAD>=110mm
/Hg

VO

SN

Obs: Medicamentos identificados como psicotrópicos estarão destacados em **Negrito**.

SOLUÇÃO

11 SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML - 1 BOLS, intermitente

0/0h

ACM

OXIGÊNIO

12 O₂ CATETER NASAL, não contínuo, Se Necessário, fluxo 3 l/min

SN

Dr. WILBER NOVAES

CRM: 1830

Médico Consultor

Dr(a). CARLOS SILVA

CRM: 2080

Médico Assistente



CNPJ: 11.509.468/0001-22
Rua José Coelho, 72 - Centro
Boa Vista - RR

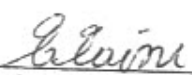
Prontuário: 19683 DATA DE ATENDIMENTO: 16/07/2020 HORA: 20:32:12
Leito: E - E13
Paciente: HERBERSON REYNAUD GONCALVES
Identidade:
Endereço: UIRAMUTA Nº 894 Bairro: DR AIRTON ROCHA
CPF: 05824625174
Raça: PARDALENSE
DN: 13/03/1998 22 anos 4 meses 3 dias
Sexo: MASCULINO
Estado civil: IGNORADO (A)
CEP: 69318704
Ocupação:
Mãe: ELISANGELA REYNAUD
Pai: VALDEMIR DOLORES GONÇALVES
Naturalidade: BOA VISTA
Telefone: 95991703251

Convênio: SUS
Matrícula: 704609160977223
Validade:
CNS: 704609160977223
Tipo de Atendimento: INT
Especialidade: CLÍNICA MÉDICA
Setor: INTERNAÇÃO E
Médico (a): CARLOS ALBERTO DE OLMEIRA SILVA JUNIOR

CONDUTA:
☐ ALTA POR DECISÃO MÉDICA
☐ OBSERVAÇÃO
☐ TRANSFERÊNCIA PARA: _____
☐ ALTA A PEDIDO
☐ ALTA POR EVASÃO
☐ INTERNAÇÃO

DATA E HORA DA SAÍDA/ALTA: ____/____/____ : ____

OBJETO
Antes do 1º atendimento? () SIM () NÃO Destino: () Família () IML
☐ Anatomia Patológica ____/____/____ : ____


Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Atendimento registrado por: THIARLLES.SANTOS Data: 16/07/2020 Hora: 20:29:27





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

NOME: Helvécia R. Coqueiro RECEITUÁRIO

Receita de
tetraciclina

(90 dias)
de tratamento
grato

DATA: 25.9.20

Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinto, 636 - Centro-Bom Vista RR
CEP 69 301-150 - CNPJ 84.013 408/0001-98
Telefone 2121 7474





HLI

91

Acamado

RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 16/07/2020

PACIENTE: Helena Reginald Gonçalves

DIAGNÓSTICOS: Ex. P.H.T. DN: / /

1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: 67

2- PACIENTE: (X) ACAMADO () 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? (X) 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:

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Fratura Placa - Reginald
Gonçalves

Boa Vista, 16 de 07 de 2020. Hora:

Dr. Pedro M. Giovanni
Ortopedista - Traumatologista

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE.

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

CRM-RR 1665 / RQE 684
Médico Coordenador NTR
Dr. Pedro M. Giovanni

CRM /

Assinatura/carimbo do MÉDICO REGULADOR autorizando a transferência do paciente para:
() HC (X) HLI () HMI () OUTRO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	13/03/98	
PACIENTE	Reberson Leunard Gonçalves				
AGNÓSTICO	fratura de (Plata Tibial 6L)				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	229	LEITO	DATA	16/07/20	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
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				
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				
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				
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

Dr. Odinachi Okemli
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

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

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

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

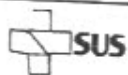
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HG		GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		1ª Classificação		Reclassificação		Reclassificação		Reclassificação	
				<input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.		<input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.		<input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.		<input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.	
2001256546		16/07/2020 09:52:25		FICHA DE ATENDIMENTO				TRAUMATOLOGIA			
Paciente HEBERSON REYNAUD GONÇALVES				Data Nascimento 13/03/1998		Idade 22 A 4 M 3 D		CNS 704609160977223		CPF 05824625174	
Tipo Doc IDENTIDADE		Documento 26587424		Órgão Emissor SESP		Data Emissão 27/03/2012		Sexo M		Estado Civil SOLTEIRO(A)	
Mãe ELISANGELA REYNAUD		Pai VALDEMIR DOLORES GONÇALVES		Raça/Cor CAIABA - MT		Naturalidade BRASILEIRA		Contato (95) 99170-3251		Ocupação	
Endereço RUA - UIRAMUTA - 894 - PEROLA - BOA VISTA - RR				Class. de Risco				Sis Prenatal			
Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				Nº da Carteira				Validade			
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO				Caráter do Atendimento URGÊNCIA				Autorização			
Setor GRANDE TRAUMA				Profissional do Atend.				Temp.			
Queixa Principal				Tipo de Chegada AMBULANCIA (HOSPITAL)				Peso			
				Procedimento Sol.				Pressão			
								Registrado por: ERBEJONE.SIMPLICIO			
				<input type="checkbox"/> Síndrome Febril				<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório			
								<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue			
Anamnese de Enfermagem										GSC	
										TOTAL	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)										AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	
<p>paciente encaminhado ao Hospital Casimiro e Silva com diagnóstico de fratura de fêmur distal (Q). Ir com talco branco.</p>											
Exame Físico											
Hipótese Diagnóstica											
SADT - Exames Complementares											
<input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input checked="" type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:											
PRESCRIÇÃO											
										APRAZAMENTO	
										OBSERVAÇÃO	
Conduta											
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório											
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)											
<input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Internação											
<input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta: / / :											
óbito											
<input type="checkbox"/> Antes do 1º Atendimento? Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica											
Assinatura do Paciente ou Responsável						Carimbo e Assinatura do Médico					
Impresso por: erbejone.simplicio											
Data Hora: 16/07/2020 09:53:57											
2001256546											

NIK

Turno: 16.07.2020

Anexo I



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

H.G.R

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Heberston Reynaud Gonçalves

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

704161091160977223

8 - DATA DE NASCIMENTO

3/03/1985

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

190782

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Elisângela Reynaud

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Uirapemuta - 894 Pérola

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista - RR

9 - SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

DDD 915 9117 03251

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

RR

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente em fratura de fêmur lateral direito.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Internação

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

Histórico + Exame físico + Radiografia

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de fêmur lateral (D)

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Rocha

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

16/07/20

32 - ASSINATURA

Dr. Edinachi O. Medeiros
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 145119

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. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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


47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

30/07/20

OK

04/12/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Petição

 SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE							
Nome do Estabelecimento Solicitante HOSPITAL LOTTY IRIS				CNS 7521251			
Nome do Estabelecimento Executante HOSPITAL LOTTY IRIS				CNS 7521251			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
Nome do Paciente HERBERSON REYNAUD GONCALVES				Cartão Gestante		Nome Social	
Cartão Nacional de Saúde (CNS) 704609160977223		Data de Nascimento 13/03/1998		Sexo Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3		Raça / Cor PARDALENSE	
Nome da Mãe ELISANGELA REYNAUD				DDD		Telefone de Contato	
Nome do Responsável HERBERSON REYNAUD GONCALVES				DDD		Telefone de Contato	
Município de Nascimento BOA VISTA		UF RR		Nacionalidade BRASILEIRA		Endereço Residencial (Rua, Av., Complemento) UIRAMUTA	
Nº 894		Bairro DR AIRTON ROCHA		Município de Residência BOA VISTA		Código IBGE do Município 1400100	
Ponto de Referência		Documento CPF 05824625174		RG		R. Civil	
						UF RR	
						CEP 69316704	
DIRETOR CLÍNICO DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE							
Nome do Diretor Clínico do Estab. Executante				Nº Cons. Classe		CPF	
						Ass. e Carimbo do Diretor Clínico	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
Principais Sinais e Sintomas Clínicos uma							
Condições que Justificam a Internação							
Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultados de Exames Realizados) anamnese + exames							
Diagnóstico Inicial							
		CID 10 Principal		CID 10 Secundário		CID 10 Causas Associadas	
						Nº Notific. Computador	
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
Descrição do Procedimento Solicitado VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTERNADO)						Código do Procedimento Solicitado 10102019	
Código do Caráter de Internação <input type="checkbox"/> Urgente <input checked="" type="checkbox"/> Eletivo		Clínica CLÍNICA MEDICA				Leito Complementar E - E13	
Equipamentos Requeridos para Internação							
PROFISSIONAL SOLICITANTE							
Nome do Profissional Solicitante CARLOS SILVA							
Documento <input checked="" type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> CNS		Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente 52937364268				Nº do Conselho de Classe 2080	
Data da Solicitação 16/07/2020		Assinatura e Carimbo do Profis. Solicitante/Nº do Conselho de Classe					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
<input type="checkbox"/> AC DE TRÂNSITO		CNPJ da Seguradora		Número do Bônus		Série	
<input type="checkbox"/> ACID. TRAB/TÍPICO		CNPJ da Empresa		CNAE da Empresa		CBOR	
<input type="checkbox"/> AC TRAB./TRAJETO							
Vínculo com a Previdência <input checked="" type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Não Segurado							
Nome do Profissional Autorizador							
Documento <input checked="" type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> CNS		Nº do CNS/CPF Profis. Autorizador					
Data da Autorização 16/07/2020		Código do Órgão Emissor					
Nº Registro Cons. de Classe		Ass. do Autorizador/Carimbo Dr. Rudolf Wilt Médico Autorizador de APMHJ CRM 1311/RR Cartão do SUS 708204893192641					

LOTY IRIS

HOSPITAL LOTTY ÍRIS

Evolução de Enfermagem

Nome de Registro: HERBERSON REYNAUD GONCALVES

Nasc.: 13/03/1998

Idade: 22 anos 4 meses 8 dias

Início: 16/07/2020

Alta: 21/07/2020

Sexo: MASCULINO

Procedimento: 10102019 - VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTERNADO)

Unidade: BLOCO E

Atendimento Nº: 01

Convênio: SUS

Leito: E - E13



HOSPITAL LOTTY ÍRIS
Evolução de Enfermagem

Nome de Registro: HERBERSON REYNAUD GONCALVES

Nasc.: 13/03/1998

Idade: 22 anos 4 meses 7 dias

Sexo: MASCULINO

Unidade: BLOCO E

Início: 16/07/2020

Alta: 21/07/2020

Procedimento: 10102019 - VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTERNADO)

Atendimento Nº: 01

Convênio: SUS

Leito: E - E13

com paciente em repouso no leito, lote, eupneico em ar ambiente, afebril ao toque, sem queixas algicas no momento, aceita dieta oferecida, verbaliza, não demabula, SSVV com parametros normais, sendo medicado CPM, funções fisiologicas presentes diurese, evacuação ausente, Segue aos cuidados da enfermagem.

Data: 21/07/2020 03:52h TÉCNICO DE ENFERMAGEM

- LUCILIA MARTINS DOS SANTOS

EVOLUÇÃO: BLOCO E

F.RESPIRATÓRIA: 19 - F.CARDÍACA: 79 - PRESSÃO (TA): 130/70 mmHg - TEMPERATURA: 36.5 °C - GLICEMIA: 95 mg/dl - SPO2: 97% -

19:00 hs Recebi plantão com paciente em repouso no leito, lote, beg, eupneico em ar ambiente, afebril ao toque, sem queixas algicas no momento, aceita dieta oferecida, verbaliza, FF ++ (SIC), não deambula, mantendo avp em msd e equipo, sendo medicado CPM.

21:40 hs adm, dipirona 1 amp iv-usado 1 seringa 10ml+8ml ad +1 seringa 5ml+5ml ad para salinizar avp+1 par de luvas

00:00 HS Aferido SSVV+Glicemia capilar-usado 1 lanceta+1 fita de dextro+1 bola de algodão+1 par de luvas

06:00 hs adm, omeprazol 20mg 1 cp vo-usado 1 par de luvas

06:00 hs Aferido SSVV+Glicemia capilar-usado 1 lanceta+1 fita de dextro+1 bola de algodão+1 par de luvas

07:00 hs Passo plantão com paciente estável em repouso no leito, sem intercorrências, segue aos cuidados da enfermagem.

Data: 21/07/2020 06:19h TÉCNICO DE ENFERMAGEM

- LUCILIA MARTINS DOS SANTOS

EVOLUÇÃO: BLOCO E

F.RESPIRATÓRIA: 19 - F.CARDÍACA: 115 - PRESSÃO (TA): 120/80 mmHg - TEMPERATURA: 36.1 °C - GLICEMIA: 90 mg/dl - SPO2: 96% -

06:00 HS SSVV+DEXTRO

Data: 21/07/2020 11:59h TÉCNICO DE ENFERMAGEM

- FRANCILENE DE AMORIM SOUSA SANTOS

F.RESPIRATÓRIA: 19 - F.CARDÍACA: 75 - PRESSÃO (TA): 140/80 mmHg - TEMPERATURA: 36 °C - GLICEMIA: 156 mg/dl - SPO2: 99% -

EF005

Emitido no SIGH em 25/09/2020 às 10:36h por THAYLA.COELHO - Pág. 6 de 7

HOSPITAL LOTTY ÍRIS
Evolução de Enfermagem

Nome de Registro: HERBERSON REYNAUD GONCALVES

Início: 16/07/2020

Alta: 21/07/2020

Nasc.: 13/03/1998

Idade: 22 anos 4 meses 7 dias

Procedimento: 10102019 - VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTERNADO)

Sexo: MASCULINO

Atendimento Nº: 01

Convênio: SUS

Unidade: BLOCO E

Leito: E - E13

ambiente,afebril ao toque,sem queixas algicas no momento, aceita dieta oferecida,verbaliza ,sendo medicado CPM,afenido SSVV com paramentros normais .Tec enf .Dalvanir Miné.

Data: 20/07/2020 06:06h TÉCNICO DE ENFERMAGEM - DALVANIR LOPES DOS REIS MINE
EVOLUÇÃO: BLOCO E

F.RESPIRATÓRIA: 18 - F.CARDÍACA: 70 - PRESSÃO (TA): 120/80 mmHg - TEMPERATURA: 34.4 °C - GLICEMIA: 92 mg/dl - SPO2: 99% -

06:00 PASSO PLANTÃO SEM ANORMALIDADES.

Data: 20/07/2020 11:54h TÉCNICO DE ENFERMAGEM - ANDREIA RODRIGUES ARAUJO

F.RESPIRATÓRIA: 20 - F.CARDÍACA: 86 - PRESSÃO (TA): 130/80 mmHg - TEMPERATURA: 35 °C - SPO2: 98% -

Data: 20/07/2020 14:49h TÉCNICO DE ENFERMAGEM - FELIPE DAMASIO ALVES

EVOLUÇÃO: BLOCO E

13:00 hs Recebi plantão com paciente em repouso no leito ,lote,beg,eupneico em ar ambiente,afebril ao toque,sem queixas algicas no momento, aceita dieta oferecida, verbaliza ao enfermo, aceita dieta ofertada, realizado procedimentos cpm.

Data: 20/07/2020 14:54h ENFERMEIRO(A) - CHRISTIANE LIMA MARTINS

EVOLUÇÃO: BLOCO E

20/07/20- Recebi plantão

EF005

Emitido no SIGH em 25/09/2020 às 10:36h por THAYLA.COELHO - Pág. 5 de 7

HOSPITAL LOTTY ÍRIS
Evolução de Enfermagem

Nome de Registro: HERBERSON REYNAUD GONÇALVES

Nasc.: 13/03/1998

Idade: 22 anos 4 meses 6 dias

Início: 16/07/2020

Alta: 21/07/2020

Sexo: MASCULINO

Procedimento: 10102019 - VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTERNADO)

Unidade: BLOCO E

Atendimento Nº: 01

Convênio: SUS

Leito: E - E13

F.RESPIRATÓRIA: 19 - F.CARDÍACA: 80 - PRESSÃO (TA): 135/85 mmHg - TEMPERATURA: 36 °C - SPO2: 99% -

06:00 hs aferidos ssvv. passo plantao com paciente sem queixas.

Data: 19/07/2020 12:46h TÉCNICO DE ENFERMAGEM

- INDARA PALOMA ANDRADE BORGES

F.RESPIRATÓRIA: 20 - F.CARDÍACA: 80 - PRESSÃO (TA): 120/100 mmHg - TEMPERATURA: 36.8 °C - SPO2: 97% - DIURESE: 1 - FEZES: 1
- BALANÇO HÍDRICO: -2.00 -

Data: 19/07/2020 18:41h TÉCNICO DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO: BLOCO E

- FELIPE DAMASIO ALVES

12:30H realizado avp em mse c/ gelco nº 20

utilizado par de luvas P + seringa 5ml + gelco nº 20 + roneirinha 3 vias.

Data: 19/07/2020 18:41h TÉCNICO DE ENFERMAGEM

- INDARA PALOMA ANDRADE BORGES

F.RESPIRATÓRIA: 20 - F.CARDÍACA: 80 - PRESSÃO (TA): 140/70 mmHg - TEMPERATURA: 36.5 °C - GLICEMIA: 119 mg/dl - SPO2: 98% -
DIURESE: 1 - FEZES: 1 - BALANÇO HÍDRICO: -2.00 -

Data: 20/07/2020 01:30h TÉCNICO DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO: BLOCO E

- DALVANIR LOPES DOS REIS MINE

F.RESPIRATÓRIA: 19 - F.CARDÍACA: 82 - PRESSÃO (TA): 120/80 mmHg - TEMPERATURA: 35.7 °C - GLICEMIA: 109 mg/dl - SPO2: 99% -

19:00 hs Recebi plantão com paciente em repouso no leito ,lote,beg,eupneico em ar

EF005

Emitido no SIGH em 25/09/2020 às 10:36h por THAYLA.COELHO - Pág. 4 de 7

LOTY IRIS

HOSPITAL LOTTY ÍRIS

Evolução de Enfermagem

Nome de Registro: HERBERSON REYNAUD GONCALVES

Nasc.: 13/03/1998

Idade: 22 anos 4 meses 4 dias

Início: 16/07/2020

Alta: 21/07/2020

Sexo: MASCULINO

Unidade: BLOCO E

Procedimento: 10102019 - VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTERNADO)

Atendimento Nº: 01

Convênio: SUS

Leito: E - E13

Data: 17/07/2020 18:56h TÉCNICO DE ENFERMAGEM - FELIPE DAMASIO ALVES

F.RESPIRATÓRIA: 20 - F.CARDÍACA: 76 - PRESSÃO (TA): 120/70 mmHg - TEMPERATURA: 37.4 °C - GLICEMIA: 142 mg/dl - SPO2: 99% -
DIURESE: 1 - FEZES: 1 - BALANÇO HÍDRICO: -2.00 -

Data: 18/07/2020 03:56h TÉCNICO DE ENFERMAGEM - LUCILIA MARTINS DOS SANTOS
EVOLUÇÃO: BLOCO E

F.RESPIRATÓRIA: 19 - F.CARDÍACA: 79 - PRESSÃO (TA): 130/70 mmHg - TEMPERATURA: 36.4 °C - GLICEMIA: 101 mg/dl - SPO2: 98% -

19:00 hs Recebi plantão com paciente em repouso no leito, lote, beg, eupneico em ar ambiente, afebril ao toque, sem
queixas algicas no momento, aceita dieta oferecida, verbaliza, FF ++ (SIC), não deambula, mantendo avp em mse e
equipo, sendo medicado CPM.

00:00 HS Aferido SSVV+Glicemia capilar-usado 1 lanceta+1 fita de dextro+1 bola de algodão+1 par de luvas

06:00 hs adm, omeprazol 20mg 1 cp vo-usado 1 par de luvas

06:00 hs Aferido SSVV+Glicemia capilar-usado 1 lanceta+1 fita de dextro+1 bola de algodão+1 par de luvas

07:00 hs Passo plantão com paciente estável em repouso no leito, sem intercorrências, segue aos cuidados da
enfermagem.

Data: 18/07/2020 06:48h TÉCNICO DE ENFERMAGEM - LUCILIA MARTINS DOS SANTOS
EVOLUÇÃO: BLOCO E

F.RESPIRATÓRIA: 19 - F.CARDÍACA: 93 - PRESSÃO (TA): 100/80 mmHg - TEMPERATURA: 36.5 °C - GLICEMIA: 126 mg/dl - SPO2: 98% -

06:00 HS SSVV+DEXTRO

Data: 18/07/2020 15:19h TÉCNICO DE ENFERMAGEM - DIEGO RAFAEL XISTO DOS SANTOS
EVOLUÇÃO: BLOCO E

EF005

Emitido no SIGH em 25/09/2020 às 10:36h por THAYLA.COELHO - Pág. 2 de 7

HOSPITAL LOTTY ÍRIS
Evolução de Enfermagem

Nome de Registro: HERBERSON REYNAUD GONCALVES

Nasc.: 13/03/1998

Idade: 22 anos 4 meses 5 dias

Início: 16/07/2020

Alta: 21/07/2020

Sexo: MASCULINO

Procedimento: 10102019 - VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTERNADO)

Unidade: BLOCO E

Atendimento Nº: 01

Convênio: SUS

Leito: E - E13

F.RESPIRATÓRIA: 18 - F.CARDÍACA: 98 - PRESSÃO (TA): 120/80 mmHg - TEMPERATURA: 36.4 °C - GLICEMIA: 97 mg/dl - SPO2: 94% -

07:00/19:00 - Recebo plantão com paciente deambulando, lúcido, eupneico, em a.a, BEG, normotenso, normocardio, afebril. Administrado medicação CPM. Aferido SSVV com parâmetros normais. Funções fisiológicas presentes. Tec. enf. Diego Rafael.

Data: 18/07/2020 19:04h TÉCNICO DE ENFERMAGEM - DIEGO RAFAEL XISTO DOS SANTOS

F.RESPIRATÓRIA: 20 - F.CARDÍACA: 75 - PRESSÃO (TA): 130/90 mmHg - TEMPERATURA: 35.8 °C - GLICEMIA: 110 mg/dl - SPO2: 99% -

Data: 19/07/2020 00:14h TÉCNICO DE ENFERMAGEM - ERICK FERREIRA LIMA

EVOLUÇÃO: BLOCO E

F.RESPIRATÓRIA: 20 - F.CARDÍACA: 86 - PRESSÃO (TA): 129/79 mmHg - TEMPERATURA: 36.7 °C - SPO2: 98% -

19:00 hs Recebi plantão com paciente em repouso no leito, lote, beg, eupneico em ar ambiente, afebril ao toque, sem queixas algicas no momento, aceita dieta oferecida, verbaliza, FF ++ (SIC), não deambula, mantendo avp em mse e equipo, sendo medicado CPM.

00:00 Dipirona 1g IV: Usado 1 seringa de 10ml + 8ml de AD + 1 seringa de 5 ml + 5ml ad para salinizar AVP + 1 par de luvas M;

00:00 HS Aferido SSVV + Glicemia capilar - usado 1 lanceta + 1 fita de dextro + 1 bola de algodão + 1 par de luvas

06:00 hs adm, omeprazol 20mg 1 cp vo - usado 1 par de luvas

06:00 hs Aferido SSVV + Glicemia capilar - usado 1 lanceta + 1 fita de dextro + 1 bola de algodão + 1 par de luvas

07:00 hs Passo plantão com paciente estável em repouso no leito, sem intercorrências, segue aos cuidados da enfermagem.

Data: 19/07/2020 06:14h TÉCNICO DE ENFERMAGEM - LOURDIANE DOS SANTOS SAMPAIO

EVOLUÇÃO: BLOCO E

EF005

Emitido no SIGH em 25/09/2020 às 10:36h por THAYLA.COELHO - Pág. 3 de 7

HOSPITAL LOTTY ÍRIS
Evolução de Enfermagem

Nome de Registro: HERBERSON REYNAUD GONCALVES

Nasc.: 13/03/1998

Idade: 22 anos 4 meses 4 dias

Início: 16/07/2020

Alta: 21/07/2020

Sexo: MASCULINO

Procedimento: 10102019 - VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTERNADO)

Unidade: BLOCO E

Atendimento Nº: 01

Convênio: SUS

Leito: E - E13

Data: 17/07/2020 01:42h TÉCNICO DE ENFERMAGEM

- DALVANIR LOPES DOS REIS MINE

EVOLUÇÃO: BLOCO E

F.RESPIRATÓRIA: 18 - F.CARDÍACA: 70 - PRESSÃO (TA): 110/80 mmHg - TEMPERATURA: 36.6 °C - GLICEMIA: 102 mg/dl - SPO2: 99% -

19:00 /07:00hs Recebi plantão com paciente em repouso no leito,lote,eupneico em ar ambiente,afebril ao toque,sem queixas algicas no momento,aceita dieta oferecida,verbaliza,não demabula,SSVV com paramentros normais ,sendo medicado CPM,funções fisiologicas presentes.Tec.enf DALVANIR MINE.

Data: 17/07/2020 06:25h TÉCNICO DE ENFERMAGEM

- DIEGO RAFAEL XISTO DOS SANTOS

F.RESPIRATÓRIA: 18 - F.CARDÍACA: 76 - PRESSÃO (TA): 100/80 mmHg - TEMPERATURA: 36.7 °C - GLICEMIA: 89 mg/dl - SPO2: 96% -

Data: 17/07/2020 14:58h ENFERMEIRO(A)

- CHRISTIANE LIMA MARTINS

EVOLUÇÃO: BLOCO E

17/07/20- Recebi plantão com paciente em repouso no leito,lote,eupneico em ar ambiente,afebril ao toque,sem queixas algicas no momento,aceita dieta oferecida,verbaliza,não demabula,SSVV com parametros normais ,sendo medicado CPM,funções fisiologicas presentes. Segue aos cuidados da enfermagem.

Data: 17/07/2020 15:03h ENFERMEIRO(A)

- CHRISTIANE LIMA MARTINS

EVOLUÇÃO: BLOCO E

17/07/20- Recebi plantão com paciente em repouso no leito,lote,eupneico em ar ambiente,afebril ao toque,sem queixas algicas no momento,aceita dieta oferecida,verbaliza,não demabula,SSVV com parametros normais ,sendo medicado CPM,funções fisiologicas presentes diurese, evacuação ausente, Segue aos cuidados da enfermagem.



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	Heberson da Mota Gomes				
AGNÓSTICO	fratura de Placa distal (L)				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	22	LEITO	DATA	16/07/12	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
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				
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
13	SSV + CCGG 6/6 H				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

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

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


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

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Dr. Odinaethi Okellu
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

[illegible]

Anexo I

 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 <i>H.G.R.</i>			2 - CNES		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CNES		
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE <i>Heberston Reynaud Gonçalves</i>			6 - Nº DO PRONTUÁRIO		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO <i>3/03/95</i>		9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input checked="" type="checkbox"/> 3
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		
14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO			15 - UF		16 - CEP
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Paciente com fratura de Placa lateral direita</i>					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Internação</i>					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Histórico + Exame físico + Radiografia</i>					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura de Placa lateral</i>		21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Internação</i>			25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO	
29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Dr. Vechia</i>		30 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>16/07/20</i>		31 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Dr. Vechia</i>	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		33 - CNPJ DA SEGURADORA		34 - Nº DO BILHETE	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		36 - CNPJ EMPRESA		37 - SÉRIE	
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		42 - CNPJ EMPRESA		43 - CBOR	
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO					
AUTORIZAÇÃO					
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR		46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
47 - DOCUMENTO		48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
() CNS () CPF					
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
/ /					

Printed by Zafaz Sistemas e Tecnologia, By Miguel (1/1)
Patient: Heberon Reynaud Goncalves [BLOC. A 116-03]
Study: 03/09/20 - 12:05 Membros Inferiores PERNA



04/12/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Petição

14/10/2020

<https://meuvivo.vivo.com.br/meuvivo/portlets/servicos/suaConta/suaContaPopUpImpressao.jsp>

Nº da Conta: 0324486013
Mês de referência: 09/2020
Período: 25/08/2020 a 24/09/2020
Data de emissão: 01/10/2020

www.vivo.com.br/meuvivo

Fale conosco: Central de Relacionamento
*8486 ou www.vivo.com.br/faleconosco

Telefônica Brasil S.A.
Av. Capitão Júlio Bezerra, 957
CEP 69.305-025 - Boa Vista - RR
I.E.: 240108035
CNPJ Matriz: 02.558.157/0001-62
CNPJ Filial: 02.558.157/0016-49

GILDETE CRISTIANE REYNAUD
R PARANA, 466
ESTADOS
69305-570 BOA VISTA - RR

Vencimento
10/10/2020

Total a Pagar - R\$
68,73

Seus Números Vivo
95-99166-4150

Caso você tenha mais linhas, consulte o detalhamento da sua conta.

Aproveite os benefícios do Vivo
Valoriza no App Meu Vivo.

Planos Anatel

- VIVO CTRL DIGITAL-5GB ILIM_

O que está sendo cobrado**Serviços Contratados**

VIVO CTRL DIGITAL-5GB ILIM_
VIVO CONTROLE SERV DIGITAL II

Quantidade de Plano/Pacote	Quantidade de Números Vivo	Valor R\$ Plano/Pacote	Incluso Plano/Pacote	Utilizado Minutos/Unidades	Valor Total R\$
1	1	59,99	-	-	59,99
1	1	0,00	-	-	-
Subtotal					59,99

Outros Lançamentos

Encargos Financeiros
Serviços de Terceiros
Subtotal

1,27
7,47
8,74

TOTAL A PAGAR**68,73****MENSAGEM IMPORTANTE PARA VOCÊ**

O relatório detalhado está disponível em www.vivo.com.br/meuvivo e pode ser solicitado impresso, de forma permanente ou não.

Você está participando da Experiência Vivo Conta Digital, a ação que vale 500MB de internet/mês. Em 3 meses sua conta poderá vir somente por email. Ai é só aproveitar o seu bonus de 500MB todo mes. P/ manter conta impressa acesse <https://vivo.com.br/canceexp>

Agradecemos pagamentos recebidos até a emissão desta conta. Mantenha o pagamento em dia e evite a suspensão parcial/total dos serviços e a inclusão nos órgãos de proteção do crédito. Para pagamentos após o vencimento serão cobrados encargos de 2% e juros de 1% ao mês em conta futura.



Nome do Cliente

GILDETE CRISTIANE REYNAUD

Vencimento

10/10/2020

Total a Pagar - R\$

68,73Cód. Débito Automático **0324486013-5**Nº da Conta **0324486013**Mês Referência **09/2020**

846200000004

687300750019

103244860138

092002010103

Autenticação Mecânica



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJY6F UDBHR V3NDZ AR2FY

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

Eu, Hubner Raphael Gonçalves, brasileiro
(a), Salteira, Vendedor, portador (a) do RG nº
2658742-1, inscrito (a) no CPF sob o nº 05824625174, residente e
domiciliado (a) na Campesinidade, nº 866, Bairro
Nova Riobom, Boa Vista-RR, CEP 69316212, telefone
nº (95) 991641675 DECLARA não ter condições de arcar com
as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo
de meu próprio sustento e/ou de minha família, nos termos do art.
99 §3º da Lei nº 13.105/15 e alterações, por ser pessoa pobre na
acepção jurídica do termo.

Boa Vista/RR, 26 de 11 de 2020.

Hubner Raphael Gonçalves
DECLARANTE