



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, retorno 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.

Pag. 0191/01912 - carta_07 - INVALIDEZ



Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16336349

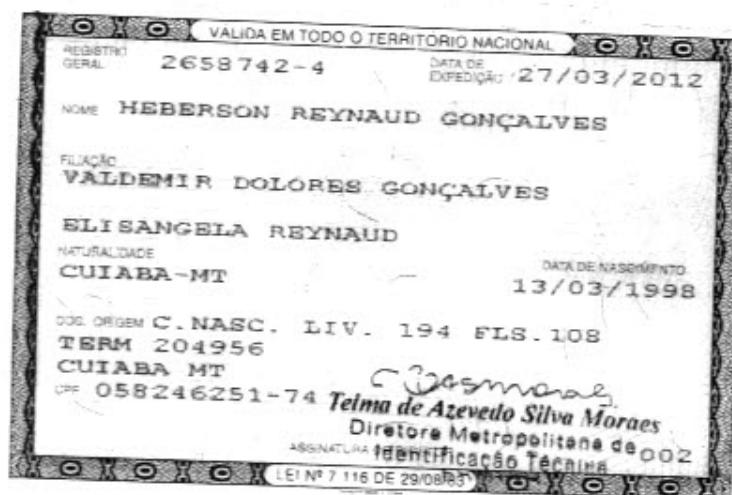
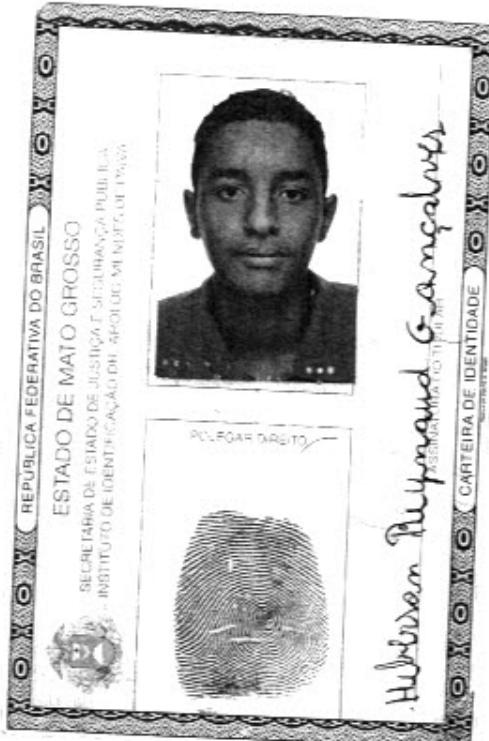
Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJVAT5MQDU GKNJA L98KK

PROCURAÇÃO

Eu, Heberon Reymond Gonçalves, brasileiro (a), Solteiro, Vindimolar, portador (a) da cédula de identidade RG nº 2658742-4 inscrito (a) no CPF sob o nº 05824625174, residente e domiciliado (a) na Rua Campanha Grande, nº 866, Bairro Nova Andrade, 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 prante 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.

Heberon Reymond Gonçalves
OUTORGANTE.





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA ONLINE DE RR
ENDERECO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR - CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência N°: 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

Tipo de local: VIA URBANA

CEP: 69314-550

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

HEBERSON REYNAUD GONÇALVES(22), nascido(a) em 13/03/1998, sexo MASCULINO, solteiro(a), CPF N° 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, N°: 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 POLICIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

-IGOR TAVARES FIGUEIRA
APC
MATRÍCULA: 42000757
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

HEBERSON REYNAUD GONÇALVES
COMUNICANTE

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1ª Classificação		Reclassificação	Reclassificação
Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral do Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		<input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input checked="" 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 SESP		Órgão Emissor 27/03/2012	Sexo M Estado Civil SOLTEIRO(A) PARDAS 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
Setor 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>Foi levado para o Hospital Cassange e Guiva com suspeita de fratura no braço esq AL (2) por um TAC encontra-se.</i>			
Exame Físico			
Hipótese Diagnóstica			
SADT - Exames Complementares			
<input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input checked="" type="checkbox"/> JC		<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"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para:		<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação 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		 2001256546	



HOSPITAL LOTTY IRIS

CNPJ: 11.509.468/0001-22

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

RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome:

Herberton Reynoso Gonçalves

Solicito

① Rx Pernas ②
com visualizações
jocutio

AP
perniz

Blotzvoro

~~Don Silveira Martins
CRM-RR 1038~~

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

+55 95 3224-1790
+55 95 99164-7578
lotyiris@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: Heriberto Reynard Gonçalves IDADE: 22 PRONTUÁRIO: 19683
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: Mui

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
e. Outras: _____

3. Já esteve internado: Não Sim HGR Outra unidade de saúde

4. Periência 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 encorajante, não necessita de um acompanhamento psicológico.

Fhellipe
Assinatura/Carambo:
Data: 17/07/2020
Assinatura/Carambo: _____
Fhellipe
Prestador
CNPJ: 20.06632



FICHA DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA DO SERVIÇO SOCIAL

PRONTUÁRIO N°: <u>19683</u>	BLOCO/LEITO: <u>E13</u>	DATA DA INTERNAÇÃO: <u>16/07/2020</u>		DATA DA TRIAGEM: <u>17/07/2020</u>
NOME: <u>Keberton Reynaud Gonçalves</u>			SEXO: (X) M () F	
DATA DE NASCIMENTO: <u>13/03/2012</u>	IDADE: <u>22 anos</u>	NATURALIDADE:	NACIONALIDADE: <u>Brasil</u>	
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: <u>Elisangela Reynaud</u>				
PARENTESCO: MÃE (X) PAI () FILHO (A) () IRMÃO (A) () ESPOSO (A) () NETO (A) () OUTROS ()				
INDICAÇÃO CLÍNICA: <u>Fratura de Plato Tibial D</u>				
ENDEREÇO: RUA: <u>Av. Uívio mutá</u> Nº <u>894</u> BAIRRO: <u>Dicrola</u>				
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: <u>(85) 9952-5979</u>				
OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____ _____				

Maria de Nazaré Losiu Jún.

Assistente Social

CRESS 0905 27ª Região/R

ASSINATURA/CARIMBO: _____



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. N°: 6
Nasc. 13/03/1998 Idade: 22 anos 4 meses 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	06
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

OXIGÉNIO

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

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. N°: 5

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

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

SNR 20/10

CUIDADOS

TABELA

- 2 AVP (MANTER DATADO E TROCA DE 3/3D), intermitente
3 TA + TPR 8/6H + CCGG, intermitente
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

monte
12 18 98 96
DX = 95 96
02 06
25.40

Medicamentos

Observação

Via

Freq.

6	OMEPRAZOL 20MG CPR. - 1 COM	em jejum	VO	1 X dia	02 06
7	DIPIRONA 500MG/ML AMP 2ML - 1 AMP, SE NECESSÁRIO	se febre e/ou dor	EV	SN	25.40
8	METOCLOPRAMIDA 5MG/ML AMP 2ML - 1 AMP, SE NECESSÁRIO	se náuseas e/ou vômitos	EV	SN	
9	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

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

ACM

OXIGÉNIO

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

SN

Dr(a). LOAMIR DA SILVA VIANA

CRM: 2124

Médico Consultor

Dr(a). CARLOS SILVA

CRM: 2080

Médico Assistente

Lúcia M. dos Santos
Téc. Enfermagem
COHEN - RR 1253700

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. N°: 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

SUD

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

ronh
12 16 00 06

SN

Medicamentos

Observação

Via

Freq.

6 OMEPRAZOL 20MG CPR. - 1 COM	em jejum	VO	1 X dia	02
7 DIPIRONA 500MG/ML AMP 2ML - 1 AMP , SE NECESSÁRIO	se febre e/ou dor	EV		25
8 METOCLOPRAMIDA 5MG/ML AMP 2ML - 1 AMP , SE NECESSÁRIO	se náuseas e/ou vômitos	EV		SN
9 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

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

0/0h

Ac

OXIGÊNIO

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

19N

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

Médico Consultor

Dr(a). CARLOS SILVA
CRM: 2080

Médico Assistente

Erick Araujo Martins
Enfermeiro
COREN-RR 634.813

12:10



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. N°: 2
Nasc. 13/03/1998 Idade: 22 anos 4 meses 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 20:35
--------------------	-----------

CUIDADOS

TABELA	manh
2 AVP (MANTER DATADO E TROCA DE3/3D), intermitente	12/18 90 96
3 TA + TPR 6/6H + CCGG, intermitente	101 126
4 GLC. CAP<70MG/DL = 40ML GLC. 50%- INSULINA REG. SC, intermitente	Dx = 90 06
5 180-200=2UI, 201-250=4UI, 251-300=6UI, 301-350=8UI, 351-400=10UI, >400=12UI+, AVISAR PLANTONISTA, intermitente	

Medicamentos	Observação	Via	Freq.
6 OMEPRAZOL 20MG CPR. - 1 COM	em jejum	VO	1 X dia 02/06
7 DIPIRONA 500MG/ML AMP 2ML - 1 AMP , SE NECESSÁRIO	se febre e/ou dor	EV	SIN 19:00 12:
8 METOCLOPRAMIDA 5MG/ML AMP 2ML - 1 AMP , SE NECESSÁRIO	se náuseas e/ou vômitos	EV	SIN
9 CAPTOPRIL 25MG-CPR - 1 COM , SE NECESSÁRIO	se PAS >=160. VO e/ou PAD>=110mm /Hg	VO	SIN

Obs: Medicamentos identificados como psicotrópicos estarão destacados em Negrito.

SOLUÇÃO

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

OXIGÉNIO

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

Dr(a). DON SILVA MARTINS
CRM: 2038
Médico Consultor

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

Lucília Alves dos Santos
Téc. Enfermagem:
COLEGI - RSI 1202712

LOTTY IRIS

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. N°: 3
Nasc. 13/03/1998 Idade: 22 anos 4 meses 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

DIETA

1 | DIETA ORAL LIVRE

SN

CUIDADOS

TABELA

2 AVP (MANTER DATADO E TROCA DE3/3D), intermitente
3 TA + TPR 6/6H + CCGG, intermitente
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

12 18 00 06

	Medicamentos	Observação	Via	Freq.	
6	OMEPRAZOL 20MG CPR. - 1 COM	em jejum	VO	1 X dia	02 <i>00:</i>
7	DIPIRONA 500MG/ML AMP 2ML - 1 AMP , SE NECESSÁRIO	se febre e/ou dor	EV		<i>SN 00</i>
8	METOCLOPRAMIDA 5MG/ML AMP 2ML - 1 AMP , SE NECESSÁRIO	se náuseas e/ou vômitos	EV		<i>SN</i>
9	CAPTOPRIL 25MG-CPR - 1 COM , SE NECESSÁRIO	se PAS >=160 e/ou PAD>=110mm /Hg	VO		<i>SN</i>

Obs: Medicamentos identificados como psicotrópicos estarão destacados em Negrito.

SOLUÇÃO

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

OXIGÉNIO

11 | O³ CATETER NASAL, não contínuo, Se Necessário, fluxo 3 l/min | SN

Dr. BRUNO VIEIRA
CRM: 1231
Médico Consultor

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

- hondina
Jurdiane dos Santos Sampaio
COREN-RR 001072248 - TE

LOTTY IRIS

HOSPITAL LOTTY ÍRIS

JOSE COELHO, 72

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

1ª via prontuário

E33

Paciente: HERBERSON REYNAUD GONCALVES SPP: 19683 Reg: 18734 Prescr. N°: 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

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

12 18 00 06

	Medicamentos	Observação	Via	Freq.	
7	OMEPRAZOL 20MG CPR. - 1 COM	em jejum	VO	1 X dia	02 00
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

OXIGÉNIO

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

Dr. WILBER NOVAES

CRM: 1830

Médico Consultor

Dr. Wilber Novaes
Médico Consultor
CRM: 1830

Dr(a). CARLOS SILVA

CRM: 2080

Médico Assistente

LOTTY IRIS

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 N° 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

Tel/fone: 95991703251

Convênio: SUS

Matrícula: 704609160977223

Validade:

CNS: 704609160977223

Tipo de Atendimento: INT

Especialidade: CLÍNICA MÉDICA

Setor: INTERNAÇÃO E

Médico (a): CARLOS ALBERTO DE OLIVEIRA SILVA JUNIOR

CONDUTA:

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

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

BITO

Antes do 1º atendimento? (SIM) (NÃO) Destino: (Família) (IMI

Anatomia Patológica _____ / _____ / _____ : _____

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico





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

NOME

Helder R. Coelho RECEITUÁRIO

Pá em P. P. B.

lateral (D)

(120 dias)

d. Valente

Frete

DATA 25/12/20

Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinto, 636 – Centro-Boa Vista RR
CEP 69.301-150 – CNPJ 84.013.408/0001-98
Telefone 2121 7474



HRL

9'

Acamado

RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 16/07/2020

PACIENTE: Leônora Reginald Gonçalves DN: / /

DIAGNÓSTICOS: Ex. Osteo

1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: GT

2- PACIENTE: ACAMADO DEAMBULA O2 SUPLEMENTAR

3- DIETA: VIA ORAL SNE OUTRA

4- POSSUI EXAMES LABORATORIAIS? SIM NÃO
 AGUARDANDO

5- POSSUI EXAMES DE IMAGEM? SIM NÃO
 AGUARDANDO

6- POSSUI PARECER DE ESPECIALISTA? SIM NÃO
 AGUARDANDO

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

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

9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR:

10- EVOLUÇÃO CLINICA:

Falta flato, fogo, cingue

Boa Vista, 16 de 07 de 2020. Hora: _____

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedista/Reumatologista

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE CRM _____ / _____

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

Dr. Pedro Di Giovanni
CRM-RR 1625 / RQE 664
Médico Coordenador MIR

Assinatura/carimbo do MÉDICO REGULADOR autorizando a transferência do paciente para:
() HC () 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	Heberson Renanval Bencaízes			
AGNÓSTICO	Ferida de Platô Fibular (L)			
ALERGIAS				
IDADE	22	HÁS	NEGA	DM2
ÍTEM	LEITO		DATA	16/07/20
PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			
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				

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 MEDICA:
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

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: PJSSSE ETQW4 A35ZJ ZHG53

NIR

Turom 16.07.2020

Anexo I

SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
Identificação do Estabelecimento de Saúde				Identificação do Paciente			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		H-G-R		2 - CNES		3 - CNES	
4 - CNES		5 - NOME DO PACIENTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO		7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	
Heberon Reynard Goncalves		180782		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO	
71041610191601977223		3/13/98		Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> 3		10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	
Elisangela Reynard		11 - TELEFONE DE CONTATO		9159117103121511		12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)	
R. Uiramutá - 894 Perola		13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF	
Boca Vista - RR		16 - CEP		RIR			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
Paciente com fratura de plato fibular direita.							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO							
Internação							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)							
Historico + Exame Físico + Neurológico							
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
Fratura de Plata Fibular							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO							
Revisão							
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO							
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO		29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
				() CNS () CPF			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE							
Dr. Rebeca				31 - DATA DA SOLICITAÇÃO		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				16/07/20		Dr. Rebeca Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM-1851/REGISTRO DO CONSELHO	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)							
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BILHETE		38 - SÉRIE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO							
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA		41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		() EMPREGADO () EMPREGADOR		() AUTÔNOMO () DESEMPREGADO		() APOSENTADO () NÃO SEGURADO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
				44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR		49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
() CNS () CPF							
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO							
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)							
111				2020			

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		CNPB 7521251		
Nome do Estabelecimento Executante HOSPITAL LOTTY IRIS		CNES 7521251		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Nome do Paciente HERBERSON REYNAUD GONCALVES		Certidão Gestante	Nome Social Nº Prontuário	
Cartão Nacional de Saúde (CNS) 704609160977223		Data de Nascimento 13/03/1998	Sexo Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	Race / Cor PARDALENSE
Nome da Mãe ELISANGELA REYNAUD		Etnia		
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 140100	
Ponto de Referência		Documento CPF 05824625174	UF RR	CEP 69318704
		<input checked="" type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> R.Civil	<input type="checkbox"/> PIS/PASEP	<input type="checkbox"/> Ignorado
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 Náusea				
Condições que Justificam a Internação				
Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultados de Exames Realizados) Anamnese + exames				
DIAGNÓSTICO INICIAL				
Diagnóstico Inicial		CID 10 Principal	CID 10 Secundário	CID 10 Causas Associadas
		Nº Notifc. Compulsória		
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				Lelio Complementar E - E13
Equipamentos Requeridos para Internação				
PROFISSIONAL SOLICITANTE				
Nome do Profissional Solicitante CARLOS SILVA				
Documento <input checked="" type="checkbox"/> CPF		Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente 52937364268	Nº do Conselho de Classe 2080	
Data de Solicitação 16/07/2020		Assinatura e Carimbo do Profiss. Solicitante/Nº do Conselho de Classe	Data Desejada para Internação 16/07/2020	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)				
<input type="checkbox"/> AC DE TRÂNSITO		CNPJ da Seguradora	Número do Bilhete	
<input type="checkbox"/> ACID. TRAB/TÍPICO		<input type="checkbox"/> CNS		
<input type="checkbox"/> AC TRAB/TRAJETO		CNPJ da Empresa	Série	
			CBOR	
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 Autorizado				
Documento <input checked="" type="checkbox"/> CPF		Nº do CNS/CPF Profiss. Autorizado		
<input type="checkbox"/> CNS				
Data de Autorização 16/07/2020		Código do Órgão Emissor		
Nº Registro Cons. de Classe		Ass. do Autorizador/Carimbo		
(Espaço Reservado para Colar Etiqueta com Dados da Autorização)				
<i>Dr. Rudolf Wilt</i>				
Médico Autorizado de AIH/ILJ				
CRM 1311/RR				
Cartão do SUS 708204693192641				

HOSPITAL LOTTY ÍRIS
Evolução de Enfermagem

Nome de Registro: HERBERSON REYNAUD GONCALVES

Nasc.: 13/03/1998

Idade: 22 anos 4 meses 8 dias

Inicio: 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

EF005

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

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.ibrj.us.br/projudi/> - Identificador: PJSSSE ETQW4 A35ZJ ZHG53



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

HOSPITAL LOTTY ÍRIS
Evolução de Enfermagem

Nome de Registro: HERBERVERSON 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,aferido SSVV com paramentos normais .Tec enf .Dalvanir Miné.

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

F.RESPRATORÍA: 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.RESPRATORÍA: 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

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 GONCALVES

Nasc.: 13/03/1998

Idade: 22 anos 4 meses 6 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

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 - FELIPE DAMASIO ALVES
EVOLUÇÃO: BLOCO E

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 - DALVANIR LOPES DOS REIS MINE
EVOLUÇÃO: BLOCO E

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

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 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 algícas 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

Unidade: BLOCO E

Procedimento: 10102019 - VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTERNADO)

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, normotensio, normocardio, 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 **Inicio:** 16/07/2020 **Alta:** 21/07/2020
Nasc.: 13/03/1998 **Idade:** 22 anos 4 meses 4 dias **Procedimento:** 10102019 - VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTERNADO)
Sexo: MASCULINO **Atendimento Nº:** 01 **Convênio:** SUS
Unidade: BLOCO E **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 paramentos 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				HGR																															
PRESCRIÇÃO MÉDICA																																			
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN																															
PACIENTE		Heberson da Cunha Lacerda																																	
AGNÓSTICO		fratura de Plate tubular (1)																																	
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA																														
IDADE		22	LEITO	DATA	16/07/12																														
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO																														
1	DIETA ORAL LIVRE																																		
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO																																		
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				18:30																														
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																																			
<p><u>DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI <u>E OU GLICOSE ≤ 70</u> DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>																																			
<p>EVOLUÇÃO MEDICA: # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADÔ, HIDRATADO. # SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:</p>																																			
<table border="1"><tr><th colspan="4">SINAIS VITAIS</th><th colspan="2"></th></tr><tr><td>6 H</td><td>PA</td><td>FC</td><td>FR</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>12 H</td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>18 H</td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>24 H</td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr></table>						SINAIS VITAIS						6 H	PA	FC	FR			12 H						18 H						24 H					
SINAIS VITAIS																																			
6 H	PA	FC	FR																																
12 H																																			
18 H																																			
24 H																																			
MEDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																																			



**PRONTO ATENDIMENTO AIRTON ROCHA - PAAR FICHA DE
SOLICITAÇÃO DE EXAMES DOS CONSULTÓRIOS
REQUISIÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS CINZA - A**

Nome do Paciente: Heberson Reynaud Brancalves
 Classe de Risco: Azul Verde Amarelo Laranja Vermelho. Sexo: M Data Nasc: 13/03/98
 Cartão do SUS +: _____ Telefone: _____
 Endereço +: _____
 Nome da Mãe +: _____
 CPF: _____ - _____ - _____ - _____. Nº Atendimento *: _____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____

DADOS DO PACIENTE

Gestação: sim não Jejum: 0hs 4hs Não Diabetes: sim não

LISTA DE EXAMES DE URGÊNCIA

- Hemograma.

CK-MB

CK-NAC

B-HCG

Ureia.

Creatinina.

Glucemia.

Glicose.

TG

TGP EAS

PCR

Troponina *

Resultados em até 2 hs

Fosfatase Alcalina.

GGT.

Bilirrubinas T e D

Amilase

Lipase

Desidrogenase láctica [DHL]

TR Sífilis *

Malária

Monograma

Ecografia

Resultados em até 4 hs

ROTINA ESPECIAL

- HIV 1º amostra +
 HIV 2º amostra +
 BAAR 1º amostra +
 BAAR 2º amostra +

- Hepatite B *
 Hepatite C *

Solicitações da rotina especial devem ser enviadas ao laboratório com as informações indicadas na legenda e a assinatura do paciente concordando com a realização do exame, os resultados serão entregues pelo clínico do plantão.

Eu, na qualidade de usuário do SUS, concordo com a realização dos exames solicitados nessa requisição pelo clínico do plantão, tendo recebido as devidas orientações sobre o procedimento de coleta laboratorial e sobre o recebimento dos resultados desde exame, atesto que compreendi e, por ser verdade, assino concordando:

(Usuário do SUS)*

Obs.: 1º Ao solicitar um exame da lista de urgência ele será concluído no prazo previsto na observação do quadro, no entanto todos os resultados solicitados serão entregues juntos pelo sistema interlab disponível na recepção do PAAP.

Obs 2º Caso seja necessário solicitar HIV, BAAR ou Hepatites virais os dados do cliente com indicação em "+" devem ser fornecidos; os laudos serão entregues a um profissional autorizado na Administração do PAAR de onde o cliente terá acesso. O cliente atendido no PAAR não receberá impressão de laudos diretamente do Núcleo de Laboratórios.

Obs 3º Caso sejam necessários mais exames para conclusão do diagnóstico, o rol de exames disponibilizados pelo laboratório está no verso desta requisição, devendo ser obrigatoriamente usado para solicitação.

Obs 4º As Rotinas especiais [#] somente serão cadastradas com a anuência do cliente por meio da assinatura dessa requisição;

DATA DE ATENDIMENTO

DATA DE ATENDIMENTO

Anexo I

SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES		
<i>H.G.R</i>				
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES		
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO		
<i>Heberon Reynaud Goncalves</i>				
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO
		<i>3/13/95</i>		Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - FONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		
		000		
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF	16 - CEP	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				
<i>Pacente com fratura de plato fibular direita</i>				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO				
<i>Internacao</i>				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)				
<i>2 Histórico + Exame Físico + Radiografia Fratura de plato fibular</i>				
20 - DIAGNÓSTICO-INITIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
<i>Fratura de plato fibular</i>				
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
<i>Frissagem</i>				
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
			(<input type="checkbox"/>) CNS (<input type="checkbox"/>) CPF	<i>Dr. ORTOPEDISTA Ortopedia e Traumatologia CRM: 1451/SC</i>
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	32-ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
<i>Dr. Dantas</i>		<i>16/12/20</i>	<i>Dr. ORTOPEDISTA Ortopedia e Traumatologia CRM: 1451/SC</i>	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)				
33 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº DO BILHETE	38 - SÉRIE
34 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				
35 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA (<input type="checkbox"/>) EMPREGADO (<input type="checkbox"/>) EMPREGADOR		(<input type="checkbox"/>) AUTÔNOMO	(<input type="checkbox"/>) DESEMPREGADO	(<input type="checkbox"/>) APOSENTADO
				(<input type="checkbox"/>) NÃO SEGURADO
AUTORIZAÇÃO				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
(<input type="checkbox"/>) CNS (<input type="checkbox"/>) CPF				
47-DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		
<i>11</i>				

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



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrs.jus.br/projudi/> - Identificador: PJSSE ETQW4 A35ZJ ZHG53



14/10/2020

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

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

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

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 69305-025 - Boa Vista - RR
 I.E.: 240108035
 CNPJ Matriz: 02.558.157/0001-62
 CNPJ Filial: 02.558.157/0016-49

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

	Quantidade de Plano/Pacote	Quantidade de Números Vivo	Valor R\$ Plano/Pacote	Incluso Plano/Pacote	Utilizado Minutos/Unidades	Valor Total R\$
--	-------------------------------	-------------------------------	---------------------------	-------------------------	-------------------------------	--------------------

Serviços Contratados

VIVO CTRL DIGITAL-5GB ILIM_	1	1	59,99	-	-	59,99
VIVO CONTROLE SERV DIGITAL II	1	1	0,00	-	-	-
Subtotal						59,99

Outros Lançamentos

Encargos Financeiros	1,27
Serviços de Terceiros	7,47
Subtotal	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 mês. P/ manter conta impressa acesse [https://vivo.com.br/cancexp](http://vivo.com.br/cancexp)

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\$

68,73

Cód. Débito Automático **0324486013-5**

Nº da Conta **0324486013**

Mês Referência **09/2020**

846200000004

687300750019

103244860138

092002010103

Autenticação Mecânica



DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

Eu, Helenon Reynaud Gonçalves, brasileiro
(a), Saltinho, Vilhena, portador (a) do RG nº
2658742, inscrito (a) no CPF sob o nº 05824625174, residente e
domiciliado (a) na Campogrande, nº 866, Bairro
Nova Cidade, 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.

Helenon Reynaud Gonçalves
DECLARANTE