

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Raimundo Sousa
ESTADO CIVIL: Solteiro PROFISSÃO: Autônomo
RG nº. 26949392003-4 CPF/MF nº. 055.907.813-70
TELEFONE: _____ E-MAIL: _____
ENDEREÇO: Rua Vereador Waldemar Gomes
nº 487, bairro Senador Helio Campos

OUTORGADOS: Dr. THIAGO AMORIM DOS SANTOS, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PR sob nº 62590 e OAB/RR 515 - A, proprietário do escritório THIAGO AMORIM ADVOCACIA e JOSÉ SANTANA FEITOSA GUIMARÃES, brasileiro, solteiro, regularmente inscrito na OAB/RR 551-E, com endereço profissional estabelecido na Rua Rosa de Oliveira de Araujo (antiga N-10), nº. 2187, bairro Santa Luzia, Boa Vista/RR, CEP – 69.317-103, fone: (095) 3625-0238 e 99169-0810.

PODERES: para o foro em geral, e os da cláusula "ad Judicia", mais os ressalvados no art. 105, do Código de Processo Civil de 2015, exceto para receber citação, para propor, no interesse da **OUTORGANTE**, as ações que se fizerem necessárias e contestar ou responder as que contra o mesmo forem propostas, acompanhando-as até o final julgamento, ajuizar medidas cautelares, incidentes ou não, preventivas ou provisórias, justificações judiciais, pleitear alvarás ou ordens judiciais, efetuar levantamento de depósitos judiciais, através de alvarás, para atos que delas dependam, mandar protestar cambiais e retirá-las do protesto, promover notificações ou interpelações judiciais, inclusive em ações militares, patrocinar os interesses da **OUTORGANTE** em procedimentos administrativos junto a quaisquer repartições públicas ou autárquicas, assinando papéis e documentos, dando e recebendo quitação administrativamente ou judicialmente, transigindo, assumindo compromissos, desistindo, patrocinar a defesa dos interesses da **OUTORGANTE** na esfera criminal e, se for caso, poderes para individual ou conjuntamente, substabelecer o objeto da presente Procuração e também para propor ação na via administrativa junto ao INSS, com ou sem reservas, usando os poderes ora conferidos dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, 29 / ABRIL de 2020

Raimundo Sousa

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

OUTORGANTE: Raimundo Sousa
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO PROFISSÃO ALTOBOLEIRO
RG nº. 26949392003-4
CPF/MF nº. 055.907.813-70
ENDEREÇO: Rua: Vereador Waldemar Gomes
nº 487, bairro: Serador Hélio Campos

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, 14 / Abril de 2020

Raimundo Sousa

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 26949392003-4 DATA DE EXPEDIÇÃO 29/11/2003

NOME
RAIMUNDO SOUSA

FILIAÇÃO
ANTONIO PEDRO DE SOUSA E MARIA DO S
OCORRO SOUSA

NATURALIDADE
TURIACU-MA

DATA DE NASCIMENTO
25/10/1982

DOC ORIGEM
NASC.N.45558 FLS.43 LIV.54

CPF
*****-**
P-162

Orlando Tanta Arouche
Diretor do Instituto de Identificação

VIA-01

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

LAMA DE VENDA SUCESSO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO MARANHÃO

GERÊNCIA DE ESTADO DE JUSTIÇA,
SEGURANÇA PÚBLICA E CIDADANIA,
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

COLEGAR DIREITO

RAIMUNDO SOUSA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CASA DE MOEDA DO BRASIL



RORAIMA ENERGIA

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0056386-2

Nº da Nota Fiscal 4787737

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARCO/2020	01/04/2020	185	169,70

HELEILTON DE SOUZA SIRINO
R. VER WALDEMAR GOMES 847 - DR. SILVIO BOTELHO
CEP: 69.314-560 - BOA VISTA

CPF: 00066240808253

DADOS DA LEITURA (KWH)		DATAS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	11398	Atual:	14/03/2020	Grupo/Subgrupo:	1.1.1.2
Anterior:	11213	Anterior:	11/02/2020	Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Dias de consumo:	33	Próxima leitura:	14/04/2020	Ligação:	BIFASICA
Constante de Multiplicação:	1,000	Emissão:	13/03/2020	Número Medidor:	F2908367
Consumo medido:	185	Apresentação:	14/03/2020	Forma de Faturamento:	NORMAL
Consumo Faturado:	185			Modalidade:	M 1419045

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO: 185 A R\$ 0,764425 = 141,41



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 065256

Série 00026-M



Raimundo Sousa
ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

de RAIMUNDO SOUSA

Nasc. S. LUZIA - IURICIA
ão ANTONIO



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome RAIMUNDO SOUSA
Loc. Nasc. S. LUZIA - TURIACU Est. MA Data 25/10/82
Filiação ANTONIO PEDRO DE SOUSA E
MARIA DO SOCORRO SOUSA
Doc. Nº C.N. 43.558 - FLS. 43 - LV. 54

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
Exp. em / / Estado MA
Obs.:
Data Emissão 30/11/03 DRT GOV. N. FREIRE - MA

Esmilton Pereira dos Santos

CHEFE DO POSTO CTPS

Assinatura do Funcionário

[Assinatura]

Fls: 1
Visto:



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00010231/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 08/03/2020 06:06:19 Data/Hora Fim: 08/03/2020 06:06:19
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP PM Nº 5056 J Data: 08/03/2020
Delegado de Polícia: Marcus Antonio de Paiva Albano Junior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 08/03/2020 02:15

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Senador Hélio Campos
Logradouro: AV. FELINTO BARBOSA ESQUINA COM RUA N 11
Ponto de Referência: IGREJA ASSEMBLEIA
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: RAIMUNDO SOUSA (ENVOLVIDO)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 25/10/1982	Idade 37
Profissão: Autônomo			
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Maria do Socorro Sousa		Nome do Pai: Antonio Pedro de Sousa	

Documento(s)

RG: 26949392003-4

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA VEREADOR WALDEMAR GOMES Nº: 487
Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS

Nome Civil: ROBERT DONNER DA SILVA BRITO (ENVOLVIDO)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 02/09/1984	Idade 35
Estado Civil: Casado(a)			
Nome da Mãe: DALVA PEREIRA DA SILVA		Nome do Pai: AZUILO CORREA DE BRITO	

Documento(s)

RG: 126265
CPF: 845.828.472-34

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA IZIDIO GALDINO Nº: 2054
Complemento: CASA
Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS

Fls: 2
Visto:



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00010231/2020

Razão Social: POLÍCIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Representante: Rop Pm Nº5056 J

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

SENHOR (a) DELEGADO(a),

Às 02h15minutos, de 08 de março de 2020, fomos acionados para deslocarmos até a rua Felinto Barbosa da Silva, Esquina com a Rua N11, para averiguar um acidente de trânsito, chegando no local, encontramos o Senhor RAIMUNDO DE SOUZA, sentado ao chão com aparentemente fratura e lesões nos membros inferiores, afirmou que dirigia a motocicleta HONDA CG 150 VERMELHA DE PLACA NAQ3653, na Rua N11 e sem perceber avançou a Avenida Felinto Barbosa, e que não viu a placa de sinalização de PARE, nem o veículo SIENA ESSENCE DE COR CINZA E DE PLACA NBA2769, que vinha sendo conduzido por ROBERT DONNER DA SILVA na preferencial, que por não ver o carro adentrou com a motocicleta na avenida Felinto Barbosa vindo a colidir sua motocicleta nesse veículo.

Perguntado ao Senhor RAIMUNDO SOUZA se possui CNH, respondeu que não. Perguntado se consumiu bebida alcólica, respondeu que bebeu bastante cerveja. Perguntado a ele se poderia fazer o teste do alcoolemia, respondeu que não, que por isso, então foi realizado o Termo de constatação de sinais de alteração de capacidade psicomotora, pois o senhor Raimundo apresentava sinais de estar sob influência de bebida alcólica, conforme os sinais descritos no referido Termo nº 150 nº 000893 anexo, considerando que o mesmo foi removido pelo SAMU ao Hospital Geral por ter fraturado o membro inferior direito, este não pode ser apresentado nessa Delegacia. Bem como também, acrescento que o referido condutor da motocicleta não possui Carteira Nacional de habilitação e que a Perícia Técnica esteve no local e realizou seu trabalho. Já o senhor ROBERTO DONIZETE DA SILVA portava sua CNH e não apresentava nenhum sinal de alteração de capacidade psicomotora. Não houve acordo entre as partes. A motocicleta foi removida ao pátio do DETRAN caranã. Pelo exposto, apresentamos o presente Relatório para as providências entendidas cabíveis.

ASSINATURAS

Betty Iara Gama Gonzalez

Agente de Polícia
Matrícula 42000564

Responsável pelo Atendimento

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



Impresso por: Jefferson Inacio Araujo

Data de Impressão: 15/07/2020 10:37:50



Página 2 de 2

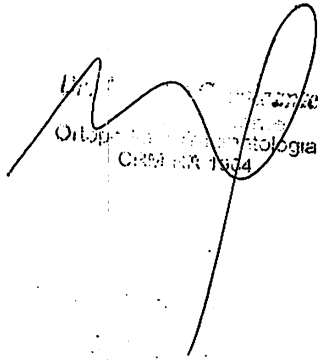
PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

3:20 Clapaud Dr. J. J. J.

paciente desolizado e muito do
acorde com movimentos gestuais
podendo expor em uma das

pluma E. - Gentamicina 240mg IV
- Ceftriaxona 2g IV

So CC


Ortopedia e Traumatologia
CRM RR 1934

03.42
Cristiano B. Lima
Téc. Enfermagem
Coren- RR 573.661





BOLETIM OPERATÓRIO

Raimundo
Souza

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 8.13.20

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

Dr. Jonathan C. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM-RR 1259

INÍCIO:

FIM: CRM-RR 1259

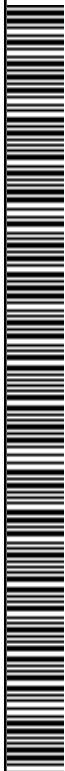
DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em DDH sob sedação leve
- 2) Preparação e Anestesia
- 3) Colocação de Corno externo
- 4) UMC de fixamento com 5x0,9/10/
- 5) Colocação de fixador externo
- 6) Amarração com repulso de fixador
- 7) com auxílio de intensificador de imagem
- 8) Sutura com Nylon
- 9) AO RPA após curativo

Dr. Augusto Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1904

18/12/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: PRONTUARIO MEDICO





EMERGÊNCIA

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patriótica dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Raimundo Sousa, M., 37a

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		Nº																																																																																																																																				
04:10		08 03 2020																																																																																																																																				
AGENTES <table border="1"><thead><tr><th>N</th><th>20</th><th>15</th><th>30</th><th>45</th><th>15</th><th>30</th><th>45</th><th>15</th><th>30</th><th>45</th><th>15</th><th>30</th><th>45</th></tr></thead><tbody><tr><td>02</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>			N	20	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	02																																																																																																																					
N	20	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45																																																																																																																									
02																																																																																																																																						
LÍQUIDOS VENOSOS <table border="1"><thead><tr><th>DA</th><th>X</th><th>ULSO</th><th>ANES</th><th>OP</th><th>TEMP</th><th>ASPIR.</th><th>RESP</th><th>Expon</th><th>Assist</th><th>Contro</th></tr></thead><tbody><tr><td>38</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>36</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>34</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>32</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>30</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>120</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>			DA	X	ULSO	ANES	OP	TEMP	ASPIR.	RESP	Expon	Assist	Contro	38											36											34											32											30											120											100											80											60											40											20										
DA	X	ULSO	ANES	OP	TEMP	ASPIR.	RESP	Expon	Assist	Contro																																																																																																																												
38																																																																																																																																						
36																																																																																																																																						
34																																																																																																																																						
32																																																																																																																																						
30																																																																																																																																						
120																																																																																																																																						
100																																																																																																																																						
80																																																																																																																																						
60																																																																																																																																						
40																																																																																																																																						
20																																																																																																																																						
ECG + SpO2 + PNI + PC																																																																																																																																						
SIMBOLOS																																																																																																																																						
AGENTES																																																																																																																																						
DOSES																																																																																																																																						
TÉCNICA																																																																																																																																						
ANOTAÇÕES																																																																																																																																						
OPERACÃO																																																																																																																																						
ANESTESIA																																																																																																																																						
CÓDIGO																																																																																																																																						
CIRURGIÃO																																																																																																																																						
PERDA SANGÜÍNEA																																																																																																																																						

Bruno Thiago de Faria
MÉDICO
CRM 1088

6. Dexmedetomidina 10 µg IV
7. GtO propofol 100 µg IV
X - S2A.
8. Fentanyl 50 µg IV
9. Midazolam 2 µg IV

PÓS-ANESTÉSICOS

Downloaded from <http://ajph.org/> on November 10, 2014



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SÉCRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Raimundo Costa		GT		08/10/20	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Colocação de parador em perna "P"		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		04:25	06:15		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:		RES. ANESTESIA:	
Dr. Jonathan		Estênio		R. Daniel	
1º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
R. Augusto					
2º AUXILIAR		CIRCULANTE			
		Clara Maria Garcia + Raimunda +			
TIPO DE ANESTESIA:		TEMPO DE DURAÇÃO:			
Algodão 04:20		1 hora			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
7/1	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1/1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	500ml
7/1	PACOTES GAZE		1	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO - 500ml	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
1	LUVA ESTERIL 8.0		7	FIO MONONYLON Nº 2.0 / 17	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS (P/M)			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 22			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML		1	SURGICEL	
1	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
1	SERINGA 05ML			KIT CATARATA Nº	
1	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM PUPJ	
1	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA	
1	Cateter O2		1	OUTROS:	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	TAXA DE SALA		VALOR
		Solange	TAXA DE ANESTESIA		
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS		CIRCULANTE DE SALA	SUB- TOTAL		
		Gabriela	SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

18/12/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: PRONTUARIO MEDICO





ESTADO DE RORAIMA

"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: <i>Ortopedia</i>		Procedimento Realizado: <i>Fixação externa em MJE</i>	
Nome do Paciente: <i>Raimundo Sousa</i>		IDADE: <i>37 a</i>	SEXO: F () M (x)	Nº do Prontuário	Data <i>08/03/2020</i>
Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala <i>04</i>	Circulante de Sala: <i>Angélica Garcia</i> <i>Isabel Raimunda</i>	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: <i>Fixador Lay, Fix c/ Barra 350</i>					
Dados dos materiais/Serviço					

[illegible]

MÉDICO CIRURGIÃO: Leandro Thom 1º AUXILIAR: Paulo Roberto

INSTRUMENTADOR:

Empresa ()	Nome da Empresa: SIRIUS () / SINTESE () / QUANTUM () ATHENA () / MACON ()	Marca:
-------------	---	--------

[illegible]

ÉDICO CIRURGIÃO: _____ 1º. AUXILIAR: _____

STRUMENTADOR:

'IA-PRONTUARIO DO PACIENTE

DPME/CME

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto,
CEP 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil
Fone: (0xx95) 2121 0637



18/12/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: PRONTUARIO MEDICO



Nome: Rodrigo Sousa

Data de Nasc: 25 / 10 / 82 Idade: 37a.

Setor/Leito:

Data: 08/03/2020

Termo de Consentimento Cirurgia: (☒) Sim (☐) Não

Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não

[illegible]

Atualizado pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente - NQSP/HGR em 05/2019



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: PJ6H6 LFSXJ Q479H Z5SXB



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

Enfermeiro (a): Solange Loureiro

Hora: _____

Data: 08/03/2020

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

08/03/2020

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

04:03 Monitorizado, preparado para receber anestesia, aguardando início do procedimento. Procedimento realizado sem intercorrências, paciente AUP em NPO, deitado, colocado fixador externo (350) NPO, cateter occlusivo após intubação em SRPA com parâmetros estáveis. PA: 100x70x80 mmHg, SpO2 98%.

Responsável: J. S. S. 128

Atualizado pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente - NQSP/HGR em 05/2019



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: PJ6H6 LFSXJ Q479H Z5SXB

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Raimundo Sousa
Responsável Cirurgião _____

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

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

RISCO CIRÚRGICO

☒ Aplica () Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

☒ Sim () Não () Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☒ Não () Sim, Qual: _____

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não
() Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

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

Data _____ Assinatura _____

08 03 2020

Hora: _____
08 00

ANTES DA INCISÃO

Anestesista Dr. Adriano / Daniel ^{R2}

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

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

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim
() Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

☒ Sim () Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS

☒ Sim () Não () Não se Aplicam

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

() Sim () Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

() Sim ☒ Não

() O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE

☒ Sim () Não () Não se Aplica

Solange C. de Carvalho
Enfermeira
COREN-RR 375.129

Assinatura e Carimbo

18/12/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: PRONTUARIO MEDICO

207-1

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  				
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE <i>Demétrio Soares</i>				
AGNÓSTICO <i>SR. DE OMBROS PERMANENTE</i>				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO	DATA	<i>8/3/20</i>	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			<i>5 1 0</i>
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			<i>na</i>
3	SF 0,9% 500ML EV S/N			<i>na</i>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			<i>na 22</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			<i>na</i>
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			<i>na</i>
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4			<i>na</i>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			<i>NTF</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			<i>na</i>
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H			<i>na 22</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H			<i>na 22</i>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			<i>na</i>
13	SSVV + CCGG 6/6 H			<i>na</i>
14	CURATIVO DIÁRIO			<i>na</i>
15	<i>100mg EV 12/12h</i>			<i>na</i>
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 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				

08/03/20
Paciente medicado
nfo



Devoher ao NIR após
transferência

107-1



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	RAIMUNDO SOUSA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERRA				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	107-1	DATA	11/03/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SNIS
2	AVP				manhã
3	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H				18.06
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				20.08
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H				12.18
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				06.00
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR				SN
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				ATE (12) (18) (24) (06)
12					
13	CURATIVO				Adina
14	SSVV + CCGG 6/6H				
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO,
COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS
PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL,
EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES
FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM
MIE

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	115x68	85	20	36°	
18 H	100x50	80		36.8°	
24 H					

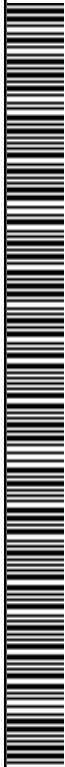
11h feito medicações e SSVV
CPM. Tec. Buíça

22:00 Paciente ao HC

Diana Rêgo
Técnica em E...
COREN-RR 651.074.06

1814 paciente no leito, menor, ferido 5500,
Realizado cuidados gerais.

Edmar de Almeida Matos
Téc. em Enf.
COREN-RR 007672-TEC



17:30	111169	79	
PA			
24HS			
PA 113X67 FC 715P			
TAX 36 ² C			

06HS	
PA 104X68	
TAX 34 ¹ C	
FC 81	

6615 Pita Sem Greixas até o máximo
Quanto Menor Melhor

no dia 09/03/20, o paciente no 1.º andar do bloco de
1.º andar do bloco de

Thiago Amorim dos Santos
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 000-551 072





GOV DO ESTADO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	RAIMUNDO SOUSA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA				
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	LEITO		DATA		
ITEM					HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	AVP				manter
3	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H				12:00
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				12:00
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H				12:00
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				06:00
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II				SN
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				
12					
13	CURATIVO				
14	SSVV + CCGG 6/6H				
15					
16	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO,
COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS
PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL,
EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES
FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM
MIE

SINAIS VITAIS

5 H	116/72	FE 8	FR	36°C
12 H	117/71	81		36
18 H	108/61	81		36,6
24 H	116/79	72		36,6

DR AUGUSTO CAVALCANTE
CRM-RR
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

Plantão matutino
Paciente acordado, LOTE realizado
SSVV e medicação de horário.
Uma 11 n tem na farmácia

06:15 paciente no sala
furo medicação com
- 55144 (12/12/20)

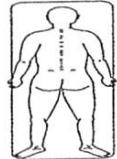
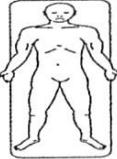
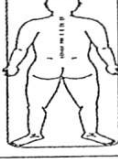
43 — 142
Paciente medicado
Apresentando SSWSS

Elaborado por: [Assinatura]
Data: 18/12/2020
Auxiliar: Enfermagem
COREN-PA: 215.280X



EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Tratamento de Feridas –	Paciente: <u>Raimundo Sousa</u>			
	HGR	Leito: <u>107-1</u>		Data: <u>10/03/2020</u>	

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







HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RELATORIO MEDICO/NIR DE TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE
RETAGUARDA/HC

DATA: 11/10/2020
PACIENTE: Reimundo Sousa DN: 250080
DIAGNOSTICO(S): problema agudo de pulmão E

DIH: 8.3.420
KANBAM: _____ Dieta: _____
EXAMES ADMISSIONAIS (DATA / /): Hb: _____ Ht: _____ Ur: _____ Cr: _____
Leuc: _____ Seg: _____ Plaquetas: _____
Na: _____ K: _____ Ca: _____ Cl: _____
HCO₃: _____ PH: _____ BE: _____ PO₂: _____ PCO₂: _____
EAS: _____
CULTURAS (/ /): _____

IMAGEM

EXAMES DE TRANSFERENCIA (DATA / /): Hb: _____ Ht: _____ Ur: _____ Cr: _____
Leuc: _____ Seg: _____ Plaquetas: _____ Na: _____ K: _____ Ca: _____
Cl: _____ HCO₃: _____ PH: _____ BE: _____ PO₂: _____ PCO₂: _____
EAS: _____
IMAGEM: _____

ANTIBIÓTICO

USADO:

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIÓTICO:

EXAMES/PROCEDIEMNTOSAGENDADOS:

TERAPIA INSTITUIDA:

ATB + Sifonadina

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

sem sinais para cirurgia

Boa Vista, 11 de Março de 2020 Hora: _____

Assinatura/carimbo do Medico Assistente
Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda/HC

Assinatura/carimbo do Medico Regulador

CRM

CRM



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE
RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Eu _____ CPF nº _____

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

Declaro que:

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

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

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

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

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

Boa Vista, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do paciente: Raimundo Sousa

Responsável:

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº: _____ Grau de Parentesco: _____

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

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

Boa Vista, _____ de _____ de 20____. Hora: _____

Nome Completo: _____

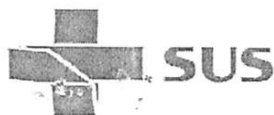
Assinatura do Médico: _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM _____ / _____

23/03/2020

...: Laudo de Internação (Ronam Pacheco) ...:

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO
HOSPITALAR - AIH

Prontuário 00179010	Data Internação 08.03.20	Data da Saída 11.03.20
Número da AIH: 142010002765-4		
Enfermaria 107		
eito 01		

Dados do Paciente

Estabelecimento Executante HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR		CNES 2319659	
Nome do Paciente RAIMUNDO SOUSA			
Cartão do SUS 703400216255916	Data de Nascimento 25/10/1982	SEXO 1 - Masculino	Raça/Cor PARDA
Nº RG, CPF ou Registro de nascimento Identidade - 26493920034		Nacionalidade BRASILEIRA	
Nome da Mãe MARIA DO SOCORRO SOUSA			
Nome do Responsável RAIMUNDO SOUSA		Fone p/ Contato	
Endereço RUA - VERIADOR WALDAMER GOMES		Número 847	Bairro SENADOR HELIO CAMPOS
Município BOA VISTA	Código do IBGE 140010	UF RR	CEP

Dados da Internação

CPF Médico Sol - CRM 1964	Médico Solicitante AUGUSTO	Cartão SUS	
Procedimento Solicitado 0408050500	Procedimento Principal	Esp	C. Int 02
		CID P 5828	CID S J299
		CID CA	M. Sa 31
Em caso de Parto: Nasc Vivo () Nasc Morto ()			
() Alta (X) Trans () Obito			

Procedimentos Realizados

Linha	Tipo	Ato/Procedimento	Cod Ope	CPF/CNPJ	CRM	CBO	QNT	C UTI
01	04				1759		01	
02	02				1964		01	
03	06				1025		01	
04	07				1964		03	
05								
06								
07								
08								
09		0702030406	203766	08.03.20	99	135	01	
10								
11								
12								
13					57=12	202003	02	
14								
15								

Autorização

Nome Médico Autorizador Ronam Pacheco de Carvalho	Data Autorização 08/03/20	CPF Autorizador 768.264.736-15	CNS Autorizador 898 0007 5018 1917
Nome do Médico Auditor	Data Auditoria / /	CPF Auditor	CNS Auditor

FATURISTA

CONTAD-LOG. E GESTÃO HOSPITALAR

18/12/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: PRONTUARIO MEDICO



Anexo 1

NIR

Trans: 11/03/20



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

NIR

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

Masc. ☐

Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente com fratura exposta de omh da perna esquerda

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Is Acima

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

Rx + exame físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

fratura exposta perna E

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

fratura exposta perna E

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

0408050500
5828

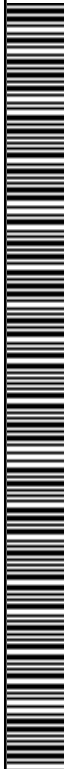
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

8420

V295

18/12/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: PRONTUARIO MEDICO



Michele - PAPD



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA - SESAU/SUS
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO ESTADO DE RORAIMA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/INSS

PACIENTE: RAIMUNDO SOUSA 37 ANOS
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA: 11/03/2020, COM
DIAGNÓSTICO DE FX EXPOSTA DE PERNA E E NO DIA
11/03/2020, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
SENDO

OPERADO PELO DOUTOR ALBERTO E P/ DR 0
RECEBE **ALTA HOSPITALAR** NO DIA 11/04/2020 ÀS _____, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O **AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA** NO HOSPITAL
CORONEL MOTA DEVENDO SER AGENDADA EM 03 (TRÊS) SEMANAS, COM O
DOUTOR ALBERTO.

ORIENTAÇÕES GERAIS:

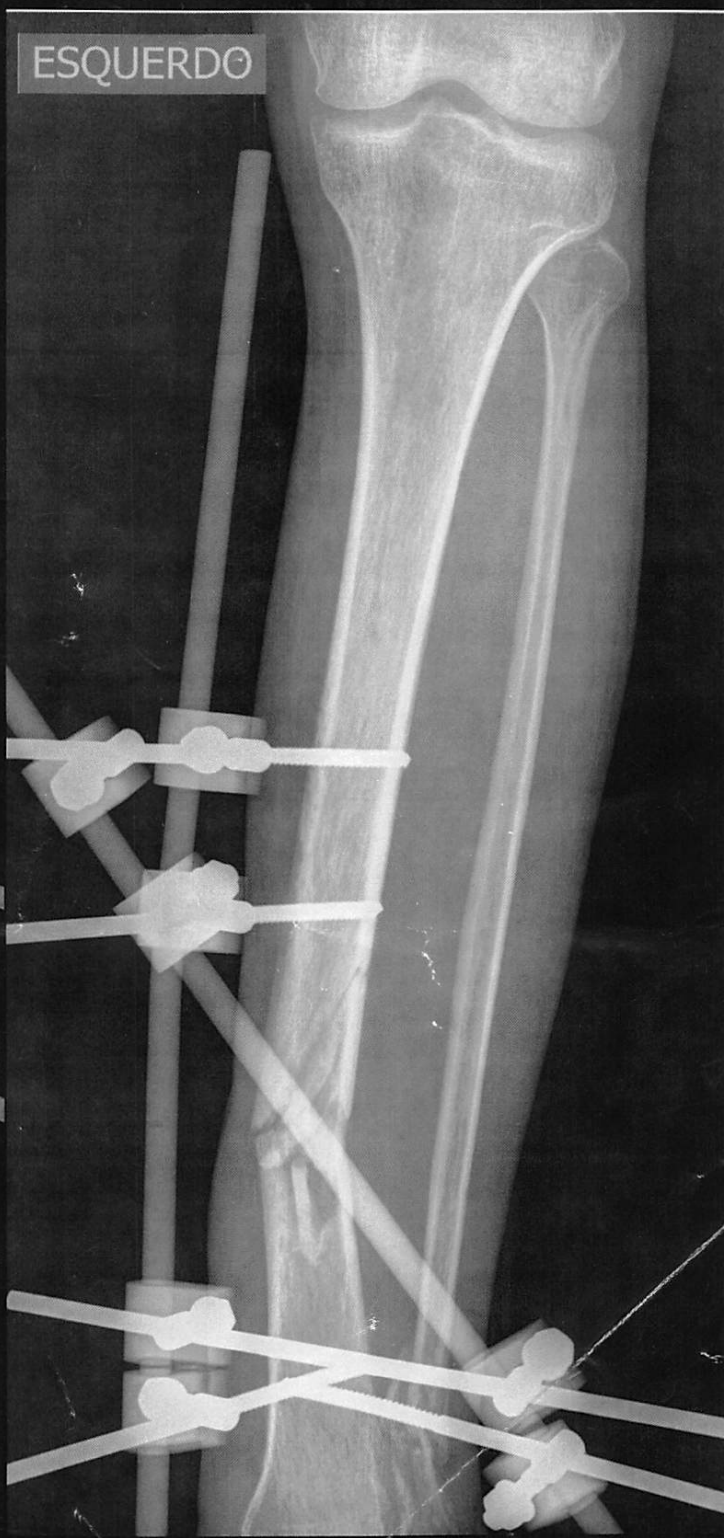
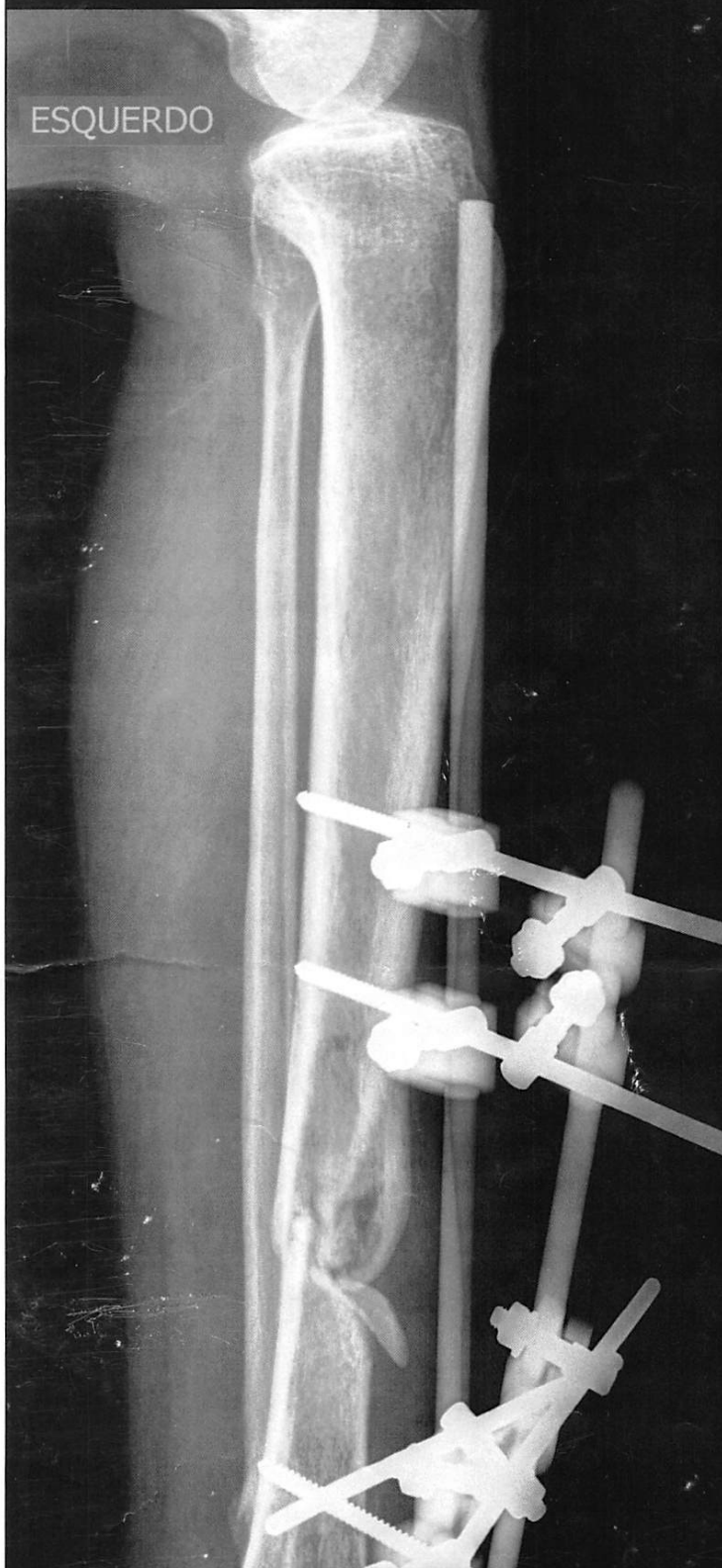
1. **NÃO** PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES;
2. **TOMAR** MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO;
3. **NÃO** RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA;
4. QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE;
5. **NÃO** PERDER RETORNO AMBULATORIAL;
6. **AGENDAR** CONSULTA AMBULATORIAL,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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALA SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Ednaldo Vieira
CRM 1231 RR
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

sábado, 11 de abril de 2020

Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR





92.0 %
 RAIMUNDO SOUSA
 37 ano(s) 25-10-1982

7755

22-06-2020 20:38:01
 POLICLINICA COSME E SILVA





RAIMUNDO SOUZA

4422

HOSPITAL CORONEL MOTA

26/06/2020

Marcos

61,7 %







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, 18 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200324494 **Vítima: RAIMUNDO SOUSA**

Data do Acidente: 08/03/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RAIMUNDO SOUSA

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

Com base no boletim de ocorrência que possui fé pública e presunção de veracidade, verificou-se que o acidente ocorreu durante a prática de ato ilícito pela vítima. Desta forma, o acidente não está coberto pelo Seguro DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 00705/00706 - carta_10 - INVALIDEZ

