

Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200460916

Vítima: Jesus Miguel Perez Lopez

Data do Acidente: 28/11/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JESUS MIGUEL PEREZ LOPEZ

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 7.087,50

Dano Pessoal: Perda anatômica completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = R\$ 7.087,50

Recebedor: **Jesus Miguel Perez Lopez**

Valor: **R\$ 7.087,50**

Banco: **001**

Agência: **000000250-X**

Conta: **00000133894-3**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
706.596.392-62 JESUS MIGUEL PEREZ LOPEZ

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

5 - Nome completo: JESUS MIGUEL PEREZ LOPEZ 6 - CPF: 706.596.392-62
7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: AV. ENIDA SANTO ANTONIO 9 - Número: 435 10 - Complemento: IGREJA
11 - Bairro: SEN. HÉLIO CAMPOS 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.316-408
15 - E-mail: FRANCESKAFARIAS@HOTMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): (95) 99138-2723

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 0250 X CONTA: 133-894 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: //

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

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA - RR, 09 de dezembro de 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 00038263/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/12/2020 15:53:52 Data/Hora Fim: 01/12/2020 16:34:57
Origem: Órgão: Pessoa Física - Particular Tipo Documento: Outros Data: 01/12/2020
Delegado de Polícia: Clayton Alexandre Ellwanger

DADOS DA Ocorrência

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 28/11/2020 18:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Mecejana
Logradouro: AV. MARIO HOMEM DE MELO ESQUINA C/ BOI NA BRASA
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Não Houve

Motivação

Outros

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JESUS MIGUEL PEREZ LOPEZ (VÍTIMA)			
Nacionalidade: Venezuelana	Sexo: Masculino	Nasc: 20/12/1997	Idade: 22
Estado Civil: Solteiro(a)		Naturalidade: VALENCIA	
Nome da Mãe: Yaneth Josefina Lopez de Perez			

Documento(s)

CPF: 706.596.392-62

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: CAUÊ MAGALHÃES/ ANTIGA N11 Nº: ATRAS DA
Complemento: ATRAS DA IGREJA OBRAS PARA CRISTO
Bairro: Senador Hélio Campos CEP: 69.316-652
Telefone: (95) 99138-2723 (Celular)

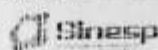
Nome Civil: DESCONHECIDO 1 MOTISTA DO ONIBUS (ENVOLVIDO)	
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino

Nome Civil: FRANCISCA MARIA RODRIGUES FARIAS (PROCURADOR , COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Nasc: 24/12/1965	Idade: 54
Profissão: Advogado			
Estado Civil: Divorciado(a)		Naturalidade: Fortaleza - CE	
Nome da Mãe: Francisca Hildemeire Rodrigues Farias			

Documento(s)

CPF: 581.232.532-49

Endereço





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00038263/2020

Município: Boa Vista - RR
 Logradouro: CEREJO CRUZ
 Complemento: CASA
 Bairro: Centro
 Telefone: (95) 99123-4046 (Celular)

Nº: 1288

CEP: 69.311-011

Razão Social: BRECHA TRANSPORTES E TURISMO LTDA (ENVOLVIDO)

Ramo de Atuação: Automotivo

Endereço

Município: Manaus - AM
 Logradouro: AVENIDA PE. AGOSTINHO CABILLERO MARTINS
 Bairro: SANTO ANTONIO

Nº: 1830

Complemento: RORAIMA

CEP: 69.035-090

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Microônibus/Ônibus

Descrição ONIBUS EMPRESA BRECHA TURISMO

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Nome Envolvido

Envolvimentos

Desconhecido 1 Motista do Onibus

Depositário

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Descrição MOTO, 100CC

CPF/CNPJ do Proprietário 144.737.472-04

Placa NAN8982

Renavam 00527693634

Número do Motor 9AALB008612

Número do Chassi 93FNGBALBCM000839

Ano/Modelo Fabricação 2012/2011

Cor PRATA

UF Veículo RR

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo FLASH/MV ING 110

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 12/09/2019

Situação do Veículo RENAINF -
 ALIENACAO FIDUCIARIA FILE VEICULOS

Nome Envolvido

Envolvimentos

Jesus Miguel Perez Lopez

Depositário

RELATO/HISTÓRICO

COMPARECEU A ESTE DP A COMUNICANTE NA QUALIDADE DE ADVOGADA DA VITIMA PARA COMUNICAR UM ACIDENTE DE TRÂNSITO ENVOLVENDO O SR. JESUS MIGUEL E A O MOTORISTA DE ONIBUS DA EMPRESA BRECHA TURISMO, NA OCASIÃO O ONIBUS COLIDIU COM A MOTOCICLETA DA VITIMA QUE SOFREU AMPUTAÇÃO DA PERNA ESQUERDA UM POUCO ABAIXO DO JOELHO E PERMANESSE HOSPITALIZADO, QUE AS CAMERAS DA CASA DE ESQUINA FLAGRARAM O MOMENTO EXATO DA COLISÃO, SEGUNDO A COMUNICANTE A EMPRESA FOI PROCURADA MAIS NÃO FORNECEU O NOME DO MOTORISTA, ASSIM COMO NÃO INFORMOU DADOS DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO SINISTRO, DIANTE DO OCORRIDO PEDE PROVIDENCIAS. ERA O QUE TINHA A RELATAR.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00038263/2020

ASSINATURAS

Gilsony Rodrigues Guimaraes

Agente de Polícia

Matricula 42C00718

Responsável pelo Atendimento

Francisca Maria Rodrigues Farias

Procurador, Comunicante

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
706.596.392-62 JESUS MIGUEL PEREZ LOPEZ

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

5 - Nome completo: JESUS MIGUEL PEREZ LOPEZ 6 - CPF: 706.596.392-62
7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: AV. ENIDA SANTO ANTONIO 9 - Número: 435 10 - Complemento: IGREJA
11 - Bairro: SEN. HÉLIO CAMPOS 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.316-408
15 - E-mail: FRANCESKAFARIAS@HOTMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): (95) 99138-2723

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 0250 X CONTA: 133-894 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: //

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

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA - RR, 09 de dezembro de 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/01/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JESUS MIGUEL PEREZ LOPEZ

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00250-X

CONTA: 000000133894-3

Nr. da Autenticação CE66241FBB3BA803

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

Nº DA NOTA FISCAL 6553469 FCAM*

 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 348/13

 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\$)
DEZEMBRO/2020	01/01/2021	487	367,37

 IGREJA EVANGELICA PENTECOSTAL O BRASIL PARA CRISTO EM BV RR
CNPJ: 009047617000137
AV SANTO ANTONIO 435 - SENADOR HELIO CAMPOS
CEP: 69.316-408 - BOA VISTA

DATAS DA LEITURA			
Atual: 08/12/2020	Anterior: 09/12/2020	Próxima leitura: 30	
Emissão: 08/12/2020	Apresentação: 09/12/2020	Dias de consumo: 30	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA						
Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade	
3.1.3.3	COMERCIAL	TRIF	E2904363	NORMAL	CONVENC	

DADOS DA LEITURA (kWh)							
	kWh	INJETADO	kWh	INJETADO	kWh	INJETADO	kWh
	TOT/PTA	TOT/PTA	F.PONTA	F.PONTA	INTERMED.	INTERMED.	RESERVADO
Leit. Atual	68098						
Leit. Anterior	67611						
Constante	1,000						
Resíduo							
Medido	487						
Faturado:	487						

DESCRIÇÃO DA CONTA			
CONSUMO	487 A R\$ 0,706373 =	344,00	
ILUMINACAO PUBLICA		23,37	

OUTRAS INFORMAÇÕES	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
9 A 487 - 0,574690	
Média 12 meses:	592





**MENSAGENS
IMPORTANTES**

**REAVISO DE
VENCIMENTO**

TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MEDIO -6,40% NEGATIVOS
EEL N. 2.794 DE 29.10.2020.
LIQUE 0007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 08/12/2020, não constatamos
faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

51F3.9552.D462.2957.24F3.100C.6F77.CA9A

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		INDICADORES DE CONTINUIDADE			
Energia:	163,17	DIC	Mensal	Trimestral	Anual
Distribuição:	103,84	Limite	8,85	17,70	35,40
Transmissão:	0,00	Realizado	1,54		
Encargos:	12,87	FIC	Mensal	Trimestral	Anual
Perdas:		Limite	8,46	16,92	33,84
		Realizado	1,00		
IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		DMIC	Mensal	DICRI	Mensal
Base de Cálculo:	344,00	Limite	4,82	Limite	
ALÍQUOTA	VALOR	Realizado	1,54	Realizado	
ICMS: 17,00%	58,48	Conjunto:	Mês apuração:	EUSD:	
PIS: 0,29%	0,99	DISTRITO	10/2020	178,73	
COFINS: 1,35%	4,65				
Tributos:	64,12				

ROT: 30.001.21.09.142000	SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
	0075759-4	367,37
RORAIMA ENERGIA S.A. Av. Capitão Ene Garcez, 691 Centro - Boa Vista - RR CNPJ: 02.341.470/0001-44 Ins. Estadual: 24.007.022-3	MÊS FATURADO	VENCIMENTO
	12/2020	01/01/2021
	Nº DA NOTA FISCAL: 6553469	FCAM*

83630000003 8 67370075000 7 000000000075 2 75941220008 2


 SEQ.: 0076 UC: 0075759-4 DT.LEIT.: 09/12/2020 T.ENTR.: 04
LEITURA: 68098 NORMAL TOTAL: 367,37 CARGA: 017
DT.VENC.: 01/01/2021 IRREG.: 000 COLETOR: 4141

ATENDIMENTO AO CLIENTE

24

0800 7019 120

www.roraimaenergia.com.br

OUVIDORIA

0800 095 1152

Ouvidoria da Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

LIGUE 167

Opção gratuita de Atendimento Nacional

Sobre as faturas pagas em atraso incidirão multa de 2% do valor original, correção monetária pelo IGPM e juros moratórios de 1% ao mês, cobrados em fatura posterior.

As informações sobre condições gerais de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados, Iluminação Pública, indicadores de Continuidade e tributos se encontram à disposição dos consumidores, para consulta, nos postos de atendimento da distribuidora ou em nosso site www.roraimaenergia.com.br

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DIC – Tempo total (em horas) sem energia elétrica (apuração mensal, trimestral e anual)

FIC – Número de vezes sem energia elétrica (apuração mensal, trimestral e anual)

DMC – Duração máxima (em horas) de interrupção contínua (apuração mensal)

DICRI – Duração da interrupção (em horas) ocorrida em dia crítico (apuração mensal)

TENSÃO DE FORNECIMENTO - Baixa Tensão

Ligação Monofásica	Tensão Normal	Lim. Inferior	Lim. Superior	Ligação Bifásica /Trifásica	Tensão Normal	Lim. Inferior	Lim. Superior
	127	116	133		220	201	231

COBRANÇA DE VALORES DE TERCEIROS

(Artigos 7º e 8º da Resolução Normativa 681/2013/ANEEL)

Caso haja cobrança de valores de terceiros em sua fatura de energia, o cancelamento poderá ser feito a qualquer momento em nossos canais de atendimento.

TARIFA SOCIAL DE BAIXA RENDA



A Lei 12.212 de 20.01.2010 modificou a aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica para as unidades consumidoras de baixa renda das classes residencial e residencial rural, que agora devem atender às seguintes condições:

1. Família inscrita no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, com renda familiar mensal per capita menor ou igual a meio salário mínimo nacional.
2. Família que tenha entre os moradores quem recebe o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social-BPC, nos termos dos arts 20 e 21 da Lei 8.742 de 7/12/1993.
3. Família inscrita no Cadastro Único com renda mensal de até três Salários Mínimos, que tenha portador de doença ou patologia cujo tratamento ou procedimento médico requiera o uso contínuo de aparelhos, equipamentos ou instrumentos que, para seu funcionamento demandem consumo de energia elétrica.

ILUMINAÇÃO PÚBLICA: LIGUE 156 PARA A CAPITAL. DEMAIS MUNICÍPIOS, CONSULTE A PREFEITURA LOCAL.

Quem **fica atento,** economiza.



Junte o maior número possível de roupas e passe de uma só vez.



Use o ar-condicionado na temperatura 22°C: sua grande conforto térmico e gasta economia.

Quanto mais tempo a porta da geladeira ficar aberta, mais será a troca de calor e, mais energia será consumida.

A elevação de temperatura de agosto a outubro em Roraima pode provocar aumento no consumo de energia.

Por isso, é preciso ficar atento e economizar em tudo que for possível.

Faça de passar, máquina de lavar, ar condicionado, chuveiro elétrico.

Acesse www.roraimaenergia.com.br e veja mais dicas de economia pra você e sua família.

CENTRAL DE ATENDIMENTO 0800 70 19 120

DESVIAR ENERGIA É CRIME.

SEJA UM CONSUMIDOR LEGAL. DENÚNCIAS: 0800 7019 120



ONDE PAGAR SUA CONTA

BASA - Banco do Brasil - Caixa Econômica
Sicoob/Bancoob - HSBC - Bradesco - Itau
Santander - Agente Lotérico



AUTORIZE O DÉBITO AUTOMÁTICO
É prático e seguro.

Autenticação Mecânica



PARA MAIS INFORMAÇÕES, ACESSE:

www.roraimaenergia.com.br

+ Serviços

+ Conteúdos

+ Perto de você!

SIGA NOSSAS REDES SOCIAIS:

@roraimaenergia

fb.com/roraimaenergia

Autenticação Mecânica

Comprovante de Residência

Eu Igreja Ev. Pent. O Brasil Para Cristo, de
nacionalidade Brasileiro, estado civil casado,
Portador(a) do RG = 246.912/SSP-RR e CPF/CNPJ:
nº 09.047.617/0001-37 Declaro para fins de comprovação de
residência, sob as penas da lei (Art. 2º da Lei 7.115/83),
que _____, de
nacionalidade _____, estado civil _____
Portador (a) do _____ nº _____ e CPF nº _____
_____ é residente e domiciliado em meu
endereço na Av. Santo Antônio, Nº 435, no Bairro
Senador Hélio Campos Boa vista – RR- Cep 69.316-408.

Por ser expressão da verdade, assumindo inteira
responsabilidade pela declaração acima sob as penas da lei,
assinou para que produza seus efeitos legais.

Sérgio Ferreira da Cruz
Representante legal da Igreja

Boa vista, 09 de dezembro de 2020.



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: JESUS MIGUEL PEREZ LOPEZ 0
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA: 28/11/2020, COM
DIAGNÓSTICO DE AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE PERNA ESQ E NO DIA
28/11/2020, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
TRATAMENTO CIRURGICO SENDO

OPERADO PELO DOUTOR DR. ELDER E P/ DR 0

RECEBE **ALTA HOSPITALAR** NO DIA 02/12/2020 ÀS _____, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O **AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA** NO HOSPITAL
CORONEL MOTA DEVENDO SER AGENDADA EM 01 (UMA) SEMANAS, COM O
DOUTOR DR. ELDER.

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 RAIOS X COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. VITOR MONTENEGRO

quarta-feira, 2 de dezembro de 2020

Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR

Don Martins
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 24866



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: JESUS MIGUEL PEREZ LOPEZ

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PARA: RECEPÇÃO DO HOSPITAL CORONEL MOTA

FAVOR AGENDAR A CONSULTA COM O DR:

DR. ELDER

NO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL
CORONEL MOTA EM: 01 (UMA) SEMANAS.

DATA:

quarta-feira, 2 de dezembro de 2020


Assinatura e Carimbo
Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.305-455



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: JESUS MIGUEL PEREZ LOPEZ

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PARA: HOSPITAL CORONEL MOTA

SOLICITO

RADIOGRAFIA DE :

PERNA ESQ

AP E PERFIL

DATA:

quarta-feira, 2 de dezembro de 2020


Assinatura e Carimbo
Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.305-455



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: **JESUS MIGUEL PEREZ LOPEZ** 0
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA: **28/11/2020**, COM
DIAGNÓSTICO DE **AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE PERNA ESQ** E NO DIA
28/11/2020, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
TRATAMENTO CIRURGICO SENDO
OPERADO PELO DOUTOR **DR. ELDER** E P/ DR **0**
RECEBE **ALTA HOSPITALAR** NO DIA **02/12/2020** ÀS _____, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
COM ENCAMINHAMENTO PARA O **AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA** NO HOSPITAL
CORONEL MOTA DEVENDO SER AGENDADA EM **01 (UMA)** SEMANAS, COM O
DOUTOR **DR. ELDER**.

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 HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. VITOR MONTENEGRO

quarta-feira, 2 de dezembro de 2020

Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR

Don Martins
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2036

2001288441		28/11/2020 20:05:30		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19-		10	
Paciente				Data Nascimento		Idade		CNS		CPF ⁰⁷	
JESUS MIGUEL PEREZ LOPEZ				20/12/1997		22 A 11 M 8 D				70659639262	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor Data Emissão		Sexo		Estado Civil		Raça/Cor	
						M				PARDA	
Mãe				Pai				Contato			
YANETH JOSEFINA LOPEZ PEREZ				NI				(95) 99117-2743			
Endereço								Ocupação			
RUA - CAUBI DA SILVA - SN - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR											
Class. de Risco		Plano Convênio		N° da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE									
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA									
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.				Registrado por:			
GRANDE TRAUMA		SAMU CAPITAL						ALEXSANDRO.PEREIRA			
Queixa Principal				☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue							
Fator de risco de trauma											
Anamnese de Enfermagem						GSC		TOTAL			
						AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)											
Bom, tudo bem											
Exame Físico											
Bom											
Hipótese Diagnóstica											
Fator de trauma											
SADT - Exames Complementares											
☐ RAO - X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS: _____											
PRESCRIÇÃO						APRAZAMENTO			OBSERVAÇÃO		
Fator de trauma + trauma											
Análise de trauma no C.C.											
Verso											
Condução											
☐ Alta por Decisão Médica						☐ Ambulatório					
☐ Alta a Pedido						☐ Observação (Até 24h)					
☐ Alta a Revelia						☐ Internação					
☐ Transferência para: _____						Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____					
óbito											
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família						☐ IMC ☐ Infecção Patológica					
Assinatura do Paciente ou Responsável						Carimbo e Assinatura do Médico					
Impresso por: alexsandro.pereira											
Data Hora: 28/11/2020 20:06:17											
21:20 Ao centro cirurgico											
Dr. Alexandre Soares											
Ortopedia e Traumatologia											
CRM 13027 RR											
2001288441											

Vascular

28/11/80

Avaliação no C.C.

Paciente vítima de esmagamento (Acidente Urbano)
do membro inferior esquerdo

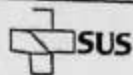
Membro inferior. Pe (frenologia) / lesão distal.

Perda de tecido partes moles / Onco / entalhas.

Indicou o novo ponto com a cateterização cirúrgica
de amputação Trans Tibial fechada.

Adido o termo para o pai. Familiares cientes
da gravidade e autorizam a cirurgia.

Dr Guilherme Bortolan
Cirurgia Vascular
CRM 1752



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

HGR

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

João Miguel Pinz Lopez

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

20/12/97

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☒ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente vítima de acidente automobilístico com amputação traumática de perna esquerda. Realizando Regulagem de coto

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

ÀD acima

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

Exame físico mais RX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Amputação traumática perna eq

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Regulagem de coto

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

DR. Elden Sousa

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23/11/20

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - 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 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0408050330

5881

V99



BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 29/11/20 O.S. _____

José Miguel
Pereira Lopes

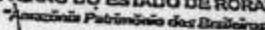
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Ampulectomia Traumatológica
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: de Perna Esquerda
TIPO DE INTERVENÇÃO: Regulação de coto
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: DR. Elda Soares 1º AUXILIAR: DR. Guilherme
2º AUXILIAR: DR. Locomin Viana INSTRUMENTADORA: _____
3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____
ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____
INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Pct em VDH sob Roqui oratória
- 2) Anestesia + cateterismo
- 3) Campos estímon
- 4) Visão patológica exposta de ossos da perna esquerda distal com lesão grave de partes moles, vascular e parte óssea. Optado pela avaliação da cirurgia vascular que também concordam com lesão grave e irreparável de partes moles. Sendo assim, optado pela Regulação de coto
- 5) Regulação de coto pós incisão em boca de Pire
- 6) UMC + sutura
- 7) curativo compressivo

BOLETIM OPERATÓRIO
Cirurgia de Perna
0124



FICHA DE ANESTESIA

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº
BV 29.11.2020

ANESTESIA	CÓDIGO	CRONÓLOGO	PERDA SANGÜINEA
ANESTESIA Celso J.		Dr. Guilherme (C. Vascular)	Compensável

Dr. Célio Rodrigues Wanderley Jr.
CRM-RR 1580 RQE 762
Anestesiologista



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

N: 20/12/97

22 anos

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Jesus Miguel Perez Lopez		GT		28 1997 120	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Amputação MJE (TN2)		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		23:15	01:20		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	Holador	ANESTESISTA:		C. C. C.	
1º AUXILIAR	Rosamir	RES. ANESTESIA:			
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
		CIRCULANTE		Claudemir + Soares	
TIPO DE ANESTESIA: raquia as 23h		TEMPO DE DURAÇÃO:			
ANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
☒	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		☒	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
☐	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
☐	LUVA ESTERIL 7.5		☐	FIO VICRYL Nº 2.0	
	LUVA ESTERIL 8.0		☐	FIO MONONYLON Nº 2.0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
☒	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
☐	LÂMINA BISTURI Nº 15			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML		150ml	ALCOOL 70%	
☐	SERINGA 03ML		☒	2.0ml	
☐	SERINGA 05 ML		☐	CATETER 02	
☐	SERINGA 10ML		☐	ADONIS 17x17L	
☐	SERINGA 20ML		150ml	PUPI - DERMATO	
☐	EDUJO MACHO		150ml	OUTROS: CLOREXIDENE	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS			
	Uti famie + Solange	SUB- TOTAL			
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA			
		TAXA DE ANESTESIA			
		SOMA			
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE			



Enfermeiro (a):

Stefanie

Horário: 22:55

Data: 28/11/20

SAEP - SISTEMATIZAÇÃO DO ATENDIMENTO ÀS NECESSIDADES DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		HORÁRIO E CHEGADA
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		
☒ Risco de Queda Prevenir queda	☒ Manter grades elevada na RPA			22:55
☐ Risco de Broncoaspiração Prevenir Broncoaspiração	☐ Monitorar nível de Consciência reflexo de tosse, náuseas e capacidade de deglutar na RPA			
☒ Risco de Infecção Prevenir infecção evitável	☒ Observar condição de incisão cirúrgica e cateteres a cada 15 minutos na primeira hora e sucessivamente a cada 30 minutos ☒ Monitorar sinais e sintomas de infecção (edema, hiperemia, calor, rubor e hipertermia)			22:55
☐ Risco de Desequilíbrio do Volume de Líquidos Manter o equilíbrio hídrico, eletrolítico e ácido – básico	☐ Monitorar temperatura e comunicar alterações ☐ Monitorar sinais e sintomas de hipotermia (queda de temperatura, tremor) e de hipertermia (aumento de temperatura, rubor facial e sudorese)			
☐ Risco de Glicemia Instável Prevenir ocorrências de hiperglicemia e de hipoglicemia	☐ Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca) ☐ Realizar controle de débito de glicemia capilar, se prescrito. Comunicar se abaixo de 65 mg/dl e acima de 150 mg/dl			
☒ Integridade da pele prejudicada Propiciar a recuperação adequada da pele	☒ Observar condições da pele do paciente e comunicar alterações ☒ Observar condições do curativo e comunicar presença de sangramento / secreções			22:55
☒ Mobilidade Física prejudicada	☒ Proporcionar alinhamento do corpo do paciente			22:55
☒ 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			22:55
☐ Padrão Respiratório Ineficaz Proporcionar troca gasosa adequada e manter permeabilidade das vias aéreas	☐ Observar padrão respiratório (frequência e amplitude) e anotar ☐ Instalar cateter de O2 conforme prescrição médica			
☐ Náuseas Controle / Ausência de náusea	☐ Observar, anotar e comunicar queixas de náuseas ☐ Administrar os medicamentos antieméticos, conforme prescrição			
☒ Ansiedade Controle de ansiedade	☒ Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente			22:55
☐ Confusão Aguda / Crônica	☐ Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente			
☐ Comunicação Verbal prejudicada	☐ Orientar paciente / família sobre os cuidados no pós-operatório			

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

22:55. Admitida na 804, passado para sala operatória, monitorizado com cardiocéfalo + oximetria + PNI. Realizada aspiração sem intubações.

Stefanie

Responsável:



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome: Felipe Miguel Peres Lopes
Responsável Cirurgião: F. B. Soares

Anestesiista: Alcio

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

Assinatura

Data: / / Hora: : :

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

Revisões indicadas de

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI

REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

() Não se aplica

() Sim,

Qual:

Hora: : :

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

() Sim

() Não se aplica

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 DESTE PACIENTE

- () Sim () Não () Não se Aplica

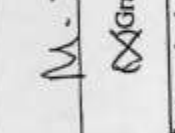
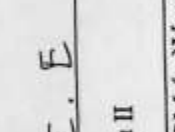
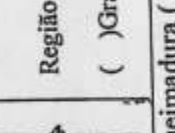
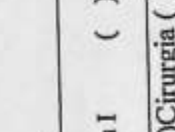
Valdine

Assinatura e Carimbo

11

11

	Núcleo de Enfermagem em		Protocolo nº 1		Versão: 09		Elaborada: 02/2013		Atualizada: 03/2020	
	Tratamento de Feridas -		Paciente: <u>Sesús Miguel Paz</u>		DN:					
	HGR		Leito: <u>304-1</u>		Data: <u>01/12/2020</u>		Hora: <u>12:00</u>			

Localização			Região: <u>M.I.E</u> () Grau I () Grau II
Etiologia	☒ LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>Tracção</u> Fixador Externo () ortopedia () Ferida operatória () Outro:		Região: <u>M.I.E</u> () Grau I () Grau II
Aparência do Leito	☒ Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização ☒ Ferida fechada		Região: <u>M.I.E</u> () Grau I () Grau II
Pele Perilesional	☒ Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Joutro:		Região: <u>M.I.E</u> () Grau I () Grau II
Tipo de Exsudato	☒ Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Joutro:		Região: <u>M.I.E</u> () Grau I () Grau II
Quantidade de Exsudato	☒ Molhado () Úmido () Seco		Região: <u>M.I.E</u> () Grau I () Grau II
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%		Região: <u>M.I.E</u> () Grau I () Grau II
Cobertura primária	☒ Gaze () Colagenase/fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Joutro:		Região: <u>M.I.E</u> () Grau I () Grau II
Troca	() 12/12 () 48/48h () Diário		Região: <u>M.I.E</u> () Grau I () Grau II
Profissional que realizou procedimento:	Berenice da Silva TCC de Enfermagem 16-08-2017	Elba B. Borges TCC de Enfermagem 01-12-2020	Região: <u>M.I.E</u> () Grau I () Grau II
Observações:			

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

DATA DE ADMISSÃO: _____ DIH: _____ DN: _____

PACIENTE: **JESUS MIGUEL PEREZ LOPES**

DIAGNÓSTICO: **AMP TRAUMATICA PERNA ESQ**

ALERGIAS: _____ HAS: _____ DM2: _____

IDADE: _____ LEITO: **104-1** DATA: **30/11/2020**

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV 8/8H	
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA	6/12 18 24
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H	6/12 18 24
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN <i>12/30</i>	SN
7	ONDANSETRONA 8MG EV 8/8H SN	SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	SN
10	IMIPENEM 500MG EV 6/6H	6/12 18 24
11	CURATIVO DIÁRIO	CURATIVO
13	SSVV + CCGG 6/6 H	ROTINA
14		
15		
16		
17		
19		
20	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

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	130x60	74	—	36.°C	
12 H	125x69	90	—	35.6°C	
18 H	130x70	91	—	36.°C	
24 H	97x55	84	—	36.5°C	—

Lael Silva (Res Ortop)
CRM/RR 2015
Loamir Viana (Res Ortop)
CRM/RR 2124
Don Martins (Res Ortop)
CRM/RR 2038
Bruno Vieira (Res Ortop)
CRM/RR 1231

104-1

02.30



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F

Data: 20/11/20

Enfermaria: 104-1

Leito:

Nome Completo: Jesus Miguel Perez Lopez

DN: / /

Hipótese Diagnóstica:

Precaução: () Sim (X) Não

() Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos

Alergia: () Sim (X) Não

Qual(is):

Sexo: () F (X) M

Paciente Indígena: (X) Não () Sim

Necessidade de Interpretar? () Sim (X) Não

Qual idioma:

Possui acompanhante: (X) Sim () Não

Obs:

Deambulação: () Normal (X) Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida:

(X) Consciente (X) Orientado

() Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações:

PUPILAS

(X) Fotorreagente () Mióticas

() Midríatica

(X) Afebril

() Febril () Hipertérmico

() Isocóricas () Anisocóricas

() Não reagentes

() Alterações:

SISTEMA RESPIRATÓRIO

(X) Eupneico () Bradipneico

() Taquipneico () Dispneico

(X) Ar ambiente () Traqueostomia

() Aspiração

Oxigenoterapia () Sim () Não

Qual:

SISTEMA CARDIOVASCULAR

(X) Normocárdico () Bradicárdico

() Taquicárdico

() Pulso Cheio () Filiforme

() Arritmico

Exame Físico: Bulhas Cardíacas: Pulso:

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

(X) Espontânea () SVD () Fralda () Uropen

() Anúria () Oligúria () Cistostomia

() Irrigação contínua () Outros:

CARACTERÍSTICAS DA PELE

() Hidratada () Desidratada () Ressecada

(X) Normocorada () Ictérica () Anictérica

Lesão por pressão: () Sim (X) Não

Região:

Risco de Lesão Sinalizado:

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS...

Cateter Periférico: (X) Sim () Não

Local:

Data:

Trocar em:

Cateter Central: () Sim () Não

Local:

Curativo realizado em:

Trocar em:

Sinais de Infecção no sítio da punção:

() Sim () Não

Dreno de:

Aspecto da secreção:

Quantidade:

Curativos:

() Sim (X) Não

Local:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

() Deglutição Prejudicada

(X) Risco de Infecção

() Risco de nutrição desequilibrada

(X) Risco de constipação

() Risco de desequilíbrio do volume

() Volume de líquidos excessivo

() Volume de líquidos deficiente

() Padrão respiratório Ineficaz

() Ventilação espontânea prejudicada

(X) Mobilidade física prejudicada

() Risco de integridade da pele prejudicada

() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal

() Padrão de sono prejudicado

() Déficit no autocuidado para Higiene

(X) Risco de Lesão por Pressão

(X) Risco de Quedas

() Risco de Broncoaspiração

() Eliminação urinária prejudicada

() Comunicação deficiente

Escala de Morse

1. Histórico de Queda

Não

Sim

6. Estado Mental

Orientado/limitado/conhece as limitações

Superestima capacidade/Esquece limitação

TOTAL:

Risco Baixo: 0 - 24

Risco Médio: 25 - 44

Risco Alto: Maior que 45

Sinalização do Risco:

() Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem

() Risco registrado na placa de identificação leito

Prescrição de Cuidado Prev Quedas

() Manter grades laterais elevadas

() Identificar o risco de queda na placa de identificação

(X) Auxiliar o paciente na higiene

(X) Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama

() Manter cama com rodas travadas

() Necessidade de contenção ao leito

() Manter vigilância de / horas.

() Calçado seguro nos pés

() Material de uso pessoal ao alcance da mão

()

Registro Geral:

Risco - Paciente no leito, sem

Queda, alívio e intervenção

de o momento, BEG, higiene

Assinatura

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: [Assinatura]

[illegible][illegible]

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

PERÍODO MATUTINO
12.06. Fácil. Com queixa de dor no abdômen e náuseas. Não houve febre. Ao exame da cavidade
ASS:  12.06.2017
PERÍODO VESPERTINO
ASS:
PERÍODO NOTURNO 19.07.04
Boa noite. Não febre. Ao exame da cavidade
ASS: 



DATA	EVOLUÇÃO
01.12.20	104-1 JORRIS MIGUEL PEREZ LOPEZ, 2.2 anos.
	Paciente homem, vítima de acidente de moto desi. submetido a procedimento cirúrgico de amputação de membros inferiores esquerdo na coxa, estava acompanhado pela namorada, consente, verbalizando: medo das pernas cadas. Dadas algumas orientações, retorna em outro momento para continuidade do atendimento psicológico.
	<i>Luciana A. Macedo</i> Psicóloga CRP-20/810

		Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR		Protocolo nº 1	Versão: 09	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 03/2020
Paciente: <u>Jesus Miguel</u>				DN:			
Leito: <u>104-1</u>				Data: <u>30/11/2020</u>		Hora:	

Localização		Região: <u>MIE (coto)</u> ☐ Grau I ☒ Grau II		Região:	☐ Grau I ☐ Grau II
Etiologia	☐ LPP I II III IV ?* ☒ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: <u> </u> Tração <u> </u> Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Ferida operatória ☐ Outro:		☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: <u> </u> Tração <u> </u> Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Ferida operatória ☐ Outro:		
Aparência do Leito	☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☒ Ferida fechada		☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida Fechada		
Pele Perilesional	☒ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ outro:		☐ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ outro:		
Tipo de Exsudato	☐ Purulento ☐ Seroso ☒ Sanguinolento ☐ Serosanguineo ☐ Seco ☐ Outro:		☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serosanguineo ☐ 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:	Selma Paula F. da Silva Téc. Enfermagem CRP 934.531		Larissa Alves Mota Acad. de Enfermagem COREN-RR 1.247.428 - TE		
Observações:					

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

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	JOSÉ ROQUE, JÚNIOR	
DIAGNÓSTICO	Amputação traumática por (C)	
ALERGIAS	HAS	DM2
IDADE	LEITO	DATA 29/11/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM	ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA	6
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H	6:12 18:24
6	TRAMAL 100MG + 100 ML SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN	SN
7	ONDANSETRONA 8MG EV 8/8H SN	SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	SN
10	Insulina 50Ug EV 6/6h	6:12 18:24
11	CURATIVO DIÁRIO	CURATIVO
13	SSVV + CCGG 6/6 H	ROTINA
14		
15		
16		
17		
19		
20		
22	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	
23		

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

Lael Silva (Res Ortop)
CRM/RR 2015
Loamir Viana (Res Ortop)
CRM/RR 2124
Don Martins (Res Ortop)
CRM/RR 2038
Bruno Vieira (Res Ortop)
CRM/RR 1231

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	SpO2
6 H	100/70	70		36.6	
12 H	100/60	116	21	36.6	98%
18 H					
24 H	100/60	98	21	36.7	

Dx 102
Assinatura do Médico Responsável

104-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	Jussara Miguel Pires, 20/03				
AGNÓSTICO	Amputação traumática do Pênis Esq				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	DATA		29.12.20	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE C Zero, liberação às 02h				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	SF 0,9% 500ML EV S/N de 4.4.4h				02-06-10-14
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				24-06-12-18
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA				06
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				S/N
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				(22)-(06)-14
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				S/N
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				Suspensão
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S/N
13	SSVV + CCGG 6/6 H				
14	CURATIVO DIÁRIO				Rotina
15	F m p m 500mg EV de 6/6h				24-06-12-18
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	1		
18 H			
24 H			

[Assinatura]
MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PA: 110x80

FC: 137

PR: 20

Dióxido: 123

COFEN-RR 000.655.055

Amberco from May 1990 to June 1990

9312190

— 1990, 1991, 1992, 1993

— 1994

2000

1990, 1991, 1992, 1993, 1994





ESTADO DE RORAIMA

*AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(DESTINAÇÃO DE MEMBRO AMPUTADO)**

IDENTIFICAÇÃO:

Paciente Jesus Miguel Perez Lopez Bloco/setor PAAR Leito _____

Data de Nascimento: 20 / 12 / 1997

Membro Amputado: Membro Inferior esquerdo Data da Amputação: 29 / 11 / 2020

O (A) Paciente Jesus Miguel Perez Lopez, ou seu responsável Miguel Angel Perez Baneto declara para todos os fins legais que foi informado pessoalmente pelo profissional Assistente social do Hospital Geral de Roraima – HGR sobre as possibilidades de destinação do membro amputado, que são: o material (membro amputado) pode ser ele (paciente ou responsável) requisitando para destinação em cemitério licenciado ou cremação ou o paciente e ou responsável pode renunciar a esse direito, ficando sob responsabilidade do Hospital dar o destino adequado conforme determina a legislação.

Desta forma opto pela opção de:

☒ **RENUNCIAR** ao direito de requisição do membro amputado, devendo o Hospital destinar o material para ser sepultado em cemitério licenciado ou cremação ou incineração, conforme RDC ANVISA 306/04, 222/18 e CONAMA 358/05.

() **REQUERER** o membro amputado, responsabilizando-me em dar a correta destinação ao membro amputado, seja para sepultamento em cemitério licenciado ou cremação, isentando totalmente o Hospital de responsabilidade civil e administrativa a partir da entrega, conforme termo de entrega anexo, parte integrante deste instrumento.

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo.

BOA VISTA – RR, 29 de Novembro de 2020

Paciente: _____

Responsável pelo paciente: Miguel Perez Assinatura
Assinatura

Testemunhas: _____

Assinatura

OBS: 1. Após assinado o referido termo deverá ser devidamente encaminhado ao serviço de arquivo Médico (SAME) para ser arquivado no prontuário do paciente.
2. O Relatório Médico deverá ser anexado a esse termo.



**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS - AMPUTAÇÃO DE MEMBROS**

**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA – PRONTO ATENDIMENTO AIRTON
ROCHA**

Paciente: JESUS MIGUEL PEREZ

RESPONSÁVEIS PELO PACIENTE:

-
-

AUTORIZAM A EQUIPE DA CIRURGIA VASCULAR DESTE HOSPITAL A
REALIZAÇÃO DA CIRURGIA DE AMPUTAÇÃO DO MEMBRO INFERIOR
ESQUERDO

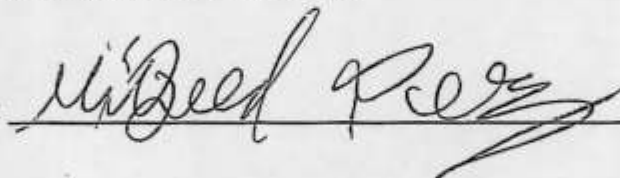
MOTIVO: ACIDENTE GRAVE COM ESMAGAMENTO, PERDA DE TECIDO OSSEO
E PARTES MOLES DOS PODODÁCTILOS, MEDIO, RETRO PÉ E TORNOZELO.
MEMBRO INVIÁVE

Este Termo de Consentimento Informado tem o objetivo de informar ao paciente e/ou
ao seu responsável/representante legal, o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e
objetivos do procedimento cirúrgico para amputação de membros ao qual o paciente
será submetido.

Nome do Médico: EQUIPE DE CIRURGIA VASCULAR + ORTOPEDIA.

BOA VISTA, 28 DE NOVEMBRO DE 2020.

ASSINATURA:





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RECEITUÁRIO

NOME:

José Miguel Perez Lopez

Exame clínico e radiológico
enquanto do sepultamento

Paciente vítima de trauma
automobilístico em parte
enquanto com fratura
exposta grave (lesão de tecidos
mole e vascular). Foi avaliado
pelo ortopedista e cirurgião vascular
que constataram lesão irreversível
de tronco distal de parte
enquanto

DATA

29/11/20

ASSINATURA E CARIMBO

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto

CEP: 69.310-005 - Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0638



425129180611837101

CHEFE/DICRE/DIREX/DPF

PORTARIA INTERMINISTERIAL N 8/2018

Jesús Miguel Pérez
ASSINATURA DO PORTADOR

IPBRALOPEZ<<JESUS<MIGUEL<PEREZ<<<<<<<
G4251291<2VEN9712205M2002271<<<<<<<<<



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CÉDULA DE IDENTIDADE DE ESTRANGEIRO

RNE: G425129-1 **CLASSIFICAÇÃO:** TEMPORARIO **VALIDADE:** 27/02/2020

NOME:
JESUS MIGUEL PEREZ LOPEZ

FILIAÇÃO:
YANETH JOSEFINA LOPEZ DE PEREZ
MIGUEL ANGEL PEREZ BARRETO

NACIONALIDADE:
VENEZUELANA

NATURALIDADE(PAÍS):
VENEZUELA

ÓRGÃO EMISSOR:
CGPI/DIREX/DPF

DATA DE NASCIMENTO: 20/12/1997 **SEXO:** M

DATA DE ENTRADA:
28/11/2017

VIA: 1

DATA DE EXPEDIÇÃO: 09/04/2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200460916 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: Jesus Miguel Perez Lopez **Data do acidente:** 28/11/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. (AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (AMPUTAÇÃO TRANSTIBIAL). ALTA MÉDICA. PÁG 1

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO PARCIAL DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA PARCIAL DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda anatômica completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50



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: JESUS MIGUEL PEREZ LOPEZ 0
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA: 28/11/2020, COM
DIAGNÓSTICO DE AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE PERNA ESQ E NO DIA
28/11/2020, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
TRATAMENTO CIRURGICO SENDO

OPERADO PELO DOUTOR DR. ELDER E P/ DR 0

RECEBE **ALTA HOSPITALAR** NO DIA 02/12/2020 ÀS _____, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O **AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA** NO HOSPITAL
CORONEL MOTA DEVENDO SER AGENDADA EM 01 (UMA) SEMANAS, COM O
DOUTOR DR. ELDER.

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 RAIO X COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALA SOB ORIENTAÇÃO DO DR. VITOR MONTENEGRO

quarta-feira, 2 de dezembro de 2020

Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR

Don Martins
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 24866



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: JESUS MIGUEL PEREZ LOPEZ

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PARA: RECEPÇÃO DO HOSPITAL CORONEL MOTA

FAVOR AGENDAR A CONSULTA COM O DR:

DR. ELDER

NO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL
CORONEL MOTA EM: 01 (UMA) SEMANAS.

DATA:

quarta-feira, 2 de dezembro de 2020


Assinatura e Carimbo
Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.305-455



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: JESUS MIGUEL PEREZ LOPEZ

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PARA: HOSPITAL CORONEL MOTA

SOLICITO

RADIOGRAFIA DE :

PERNA ESQ

AP E PERFIL

DATA:

quarta-feira, 2 de dezembro de 2020


Assinatura e Carimbo
Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.305-455



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: **JESUS MIGUEL PEREZ LOPEZ** 0
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA: **28/11/2020**, COM
DIAGNÓSTICO DE **AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE PERNA ESQ** E NO DIA
28/11/2020, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
TRATAMENTO CIRURGICO SENDO
OPERADO PELO DOUTOR **DR. ELDER** E P/ DR **0**
RECEBE **ALTA HOSPITALAR** NO DIA **02/12/2020** ÀS _____, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
COM ENCAMINHAMENTO PARA O **AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA** NO HOSPITAL
CORONEL MOTA DEVENDO SER AGENDADA EM **01 (UMA)** SEMANAS, COM O
DOUTOR **DR. ELDER**.

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 RAIOS X COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. VITOR MONTENEGRO

quarta-feira, 2 de dezembro de 2020

Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR

Don Martins
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2036

2001288441	28/11/2020 20:05:30	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				NOTURNO 19-	10
Paciente JESUS MIGUEL PEREZ LOPEZ		Data Nascimento 20/12/1997		Idade 22 A 11 M 8 D	CNS	CPF ⁰⁷ 70659639262	Prontuário
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo M	Estado Civil	Raça/Cor PARDA	Naturalidade VENEZUELA
Mãe YANETH JOSEFINA LOPEZ PEREZ	Pai NI		Contato (95) 99117-2743		Ocupação		
Endereço RUA - CAUBI DA SILVA - SN - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR							
Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
Sector GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada SAMU CAPITAL	Procedimento Sol.		Registrado por: ALEXSANDRO PEREIRA			
Queixa Principal Fator de risco de trauma							
☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem					GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6	TOTAL	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____ h) Ac, luto, dor							
Exame Físico Beleza							
Hipótese Diagnóstica Fator de risco de trauma							
SADT - Exames Complementares ☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:							
PRESCRIÇÃO Tramadol 100mg + 100mg 50, 100, 150, 200, 250, 300, 350, 400, 450, 500, 550, 600, 650, 700, 750, 800, 850, 900, 950, 1000, 1050, 1100, 1150, 1200, 1250, 1300, 1350, 1400, 1450, 1500, 1550, 1600, 1650, 1700, 1750, 1800, 1850, 1900, 1950, 2000, 2050, 2100, 2150, 2200, 2250, 2300, 2350, 2400, 2450, 2500, 2550, 2600, 2650, 2700, 2750, 2800, 2850, 2900, 2950, 3000, 3050, 3100, 3150, 3200, 3250, 3300, 3350, 3400, 3450, 3500, 3550, 3600, 3650, 3700, 3750, 3800, 3850, 3900, 3950, 4000, 4050, 4100, 4150, 4200, 4250, 4300, 4350, 4400, 4450, 4500, 4550, 4600, 4650, 4700, 4750, 4800, 4850, 4900, 4950, 5000, 5050, 5100, 5150, 5200, 5250, 5300, 5350, 5400, 5450, 5500, 5550, 5600, 5650, 5700, 5750, 5800, 5850, 5900, 5950, 6000, 6050, 6100, 6150, 6200, 6250, 6300, 6350, 6400, 6450, 6500, 6550, 6600, 6650, 6700, 6750, 6800, 6850, 6900, 6950, 7000, 7050, 7100, 7150, 7200, 7250, 7300, 7350, 7400, 7450, 7500, 7550, 7600, 7650, 7700, 7750, 7800, 7850, 7900, 7950, 8000, 8050, 8100, 8150, 8200, 8250, 8300, 8350, 8400, 8450, 8500, 8550, 8600, 8650, 8700, 8750, 8800, 8850, 8900, 8950, 9000, 9050, 9100, 9150, 9200, 9250, 9300, 9350, 9400, 9450, 9500, 9550, 9600, 9650, 9700, 9750, 9800, 9850, 9900, 9950, 10000					APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO
Condição ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☐ Transferência para: Ortopedia					☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____		
óbito Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família					☐ IMC ☐ Infecção ☐ Infecção ☐ Infecção		
Assinatura do Paciente ou Responsável					Carimbo e Assinatura do Médico		
Impresso por: alexsandro.pereira Data Hora: 28/11/2020 20:06:17					Dr. Alexandre Pereira Ortopedia e Traumatologia CRM 1302 / RR		



Vascular

28/11/80

Avaliação no C.C.

Paciente vítima de esmagamento (Acidente Urbano)
do membro inferior esquerdo

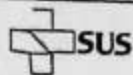
Membro inferior. Pe (femoral) / tendão do d. d. f.

Perda de tecido partes moles / áreas / entalhe / coar.

Indicou o ponto com a cateterização cirúrgica
de amputação Trans Tibial fechada.

Adido o termo para o pai. Familiares cientes
da gravidade e autorizam a cirurgia.

Dr. Guilherme Bortolan
Cirurgia Vascular
CRM 1752



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

HGR

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

João Miguel Pinz Lopez

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

20/12/97

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

Masc. ☒

Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente vítima de acidente automobilístico com amputação traumática de perna esquerda. Realizando Regulagem de coto

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

ÀD acima

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

Exame físico mais RX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Amputação traumática perna eq

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Regulagem de coto

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

DR. Elden Sousa

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23/11/20

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - 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 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0408050330
5881
V99



BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 29/11/20 O.S.

José Miguel
Pereira Lopes

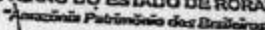
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Amputação Traumática
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: de Perna Esquerda
TIPO DE INTERVENÇÃO: Regulagem de coto
MEDICAÇÕES E ACIDENTES:
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: DR. Elda Soares 1º AUXILIAR: DR. Guilherme
2º AUXILIAR: DR. Locomin Viana INSTRUMENTADORA:
3º AUXILIAR: ANESTESIA:
ANESTESISTAS: ANESTÉSICO:
INÍCIO: FIM: DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Pct em VDH sob Roqui oratória
- 2) Anestesia + cateterismo
- 3) Campos estéril
- 4) Visão clara exposta de ossos da perna esquerda distal com lesão grave de partes moles, vascular e parte óssea. Optado pela avaliação da cirurgia vascular que também concordam com lesão grave e irreparável de partes moles. Sendo assim, optado pela Regulagem de coto
- 5) Regulagem de coto após incisão em boca de Pire
- 6) UMC + sutura
- 7) curativo compressivo

BOLETIM OPERATÓRIO
Cirurgia de Perna
0124



FICHA DE ANESTESIA

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº
BV 29.11.2020

[illegible]

Dr. Célio Rodrigues Wanderley Jr.
CRM-RR 1580 RQE 762
Anestesiologista



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

N: 20/12/97

22 anos

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Jesus Miguel Perez Lopez		GT		28 1997 120	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Amputação MJE (TN2)		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		23:15	01:20		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	Holador	ANESTESISTA:		C. C. C.	
1º AUXILIAR	Rosamir	RES. ANESTESIA:			
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
		CIRCULANTE		Claudemir + Soares	
TIPO DE ANESTESIA: novamias 23h		TEMPO DE DURAÇÃO:			
ANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
☒	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		☒	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
☐	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
☐	LUVA ESTERIL 7.5		☐	FIO VICRYL Nº 2-0	
	LUVA ESTERIL 8.0		☐	FIO MONONYLON Nº 2-0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
☒	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
☐	LÂMINA BISTURI Nº 15			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML		150ml	ALCOOL 70%	
☐	SERINGA 03ML		☒	20ml	
☐	SERINGA 05 ML		☐	CATETER 02	
☐	SERINGA 10ML		☐	ADONIS 17x17L	
☐	SERINGA 20ML		150ml	PUPI - DEXAMET	
☐	EDUJO MACHO		150ml	OUTROS: CLOREXIDENE	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS			
	Uti famie + Solange	SUB- TOTAL			
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA			
		TAXA DE ANESTESIA			
			SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					



Enfermeiro (a):

Stefanie

Hora: 22:55

Data: 28/11/20

SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DO ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		HORÁRIO E CHEGADA
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		
☒ Risco de Queda Prevenir queda	☒ Manter grades elevada na RPA			22:55
☐ Risco de Broncoaspiração Prevenir Broncoaspiração	☐ Monitorar nível de Consciência reflexo de tosse, náuseas e capacidade de deglutar na RPA			
☒ Risco de Infecção Prevenir infecção evitável	☒ Observar condição de incisão cirúrgica e cateteres a cada 15 minutos na primeira hora e sucessivamente a cada 30 minutos ☒ Monitorar sinais e sintomas de infecção (edema, hiperemia, calor, rubor e hipertermia)			22:55
☐ Risco de Desequilíbrio do Volume de Líquidos Manter o equilíbrio hídrico, eletrolítico e ácido – básico	☐ Monitorar temperatura e comunicar alterações ☐ Monitorar sinais e sintomas de hipotermia (queda de temperatura, tremor) e de hipertermia (aumento de temperatura, rubor facial e sudorese)			
☐ Risco de Glicemia Instável Prevenir ocorrências de hiperglicemia e de hipoglicemia	☐ Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca) ☐ Realizar controle de débito de glicemia capilar, se prescrito. Comunicar se abaixo de 65 mg/dl e acima de 150 mg/dl			
☒ Integridade da pele prejudicada Propiciar a recuperação adequada da pele	☒ Observar condições da pele do paciente e comunicar alterações ☒ Observar condições do curativo e comunicar presença de sangramento / secreções			22:55
☒ Mobilidade Física prejudicada	☒ Proporcionar alinhamento do corpo do paciente			22:55
☒ 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			22:55
☐ Padrão Respiratório Ineficaz Proporcionar troca gasosa adequada e manter permeabilidade das vias aéreas	☐ Observar padrão respiratório (frequência e amplitude) e anotar ☐ Instalar cateter de O2 conforme prescrição médica			
☐ Náuseas Controle / Ausência de náusea	☐ Observar, anotar e comunicar queixas de náuseas ☐ Administrar os medicamentos antieméticos, conforme prescrição			
☒ Ansiedade Controle de ansiedade	☒ Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente			22:55
☐ Confusão Aguda / Crônica	☐ Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente			
☐ Comunicação Verbal prejudicada	☐ Orientar paciente / família sobre os cuidados no pós operatório			

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

22:55. admitida na 804, passado para sala operatória, monitorizado com cardiocéfalo + oximetria + PNI. Realizada aspiração sem intubações.

Márcia

Responsável:



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome: Felipe Miguel Peres Lopes
Responsável Cirurgião: F. B. Soares

Anestesiista: Celio

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

Assinatura

Data: / / Hora: : :

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

Revisões indicadas de

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI

REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

() Não se aplica

() Sim,

Qual:

Hora: : :

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

() Sim

() Não se aplica

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 DESTE PACIENTE

- () Sim () Não () Não se Aplica

Valdemir

Assinatura e Carimbo

11

11

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

DATA DE ADMISSÃO: _____ DIH: _____ DN: _____

PACIENTE: **JESUS MIGUEL PEREZ LOPES**

DIAGNÓSTICO: **AMP TRAUMATICA PERNA ESQ**

ALERGIAS: _____ HAS: _____ DM2: _____

IDADE: _____ LEITO: **104-1** DATA: **30/11/2020**

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV 8/8H	
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA	6/12 18 24
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H	6/12 18 24
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN <i>12/30</i>	SN
7	ONDANSETRONA 8MG EV 8/8H SN	SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	SN
10	IMIPENEM 500MG EV 6/6H	6/12 18 24
11	CURATIVO DIÁRIO	CURATIVO
13	SSVV + CCGG 6/6 H	ROTINA
14		
15		
16		
17		
19		
20	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

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	130x60	74	—	36.°C	
12 H	125x69	90	—	35.6°C	
18 H	130x70	91	—	36.°C	
24 H	97x55	84	—	36.5°C	—

Lael Silva (Res Ortop)
CRM/RR 2015
Loamir Viana (Res Ortop)
CRM/RR 2124
Don Martins (Res Ortop)
CRM/RR 2038
Bruno Vieira (Res Ortop)
CRM/RR 1231



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F

Data: 20/11/20

Enfermaria: 104-1

Leito:

Nome Completo: Jesus Miguel Perez Lopez

DN: / /

Hipótese Diagnóstica:

Precaução: () Sim (X) Não

() Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos

Alergia: () Sim (X) Não

Qual(is):

Sexo: () F (X) M

Paciente Indígena: (X) Não () Sim

Necessidade de Interpretar? () Sim (X) Não

Qual idioma:

Possui acompanhante: (X) Sim () Não

Obs:

Deambulação: () Normal (X) Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida:

(X) Consciente (X) Orientado

() Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações:

PUPILAS

(X) Fotorreagente () Mióticas

() Midríatica

(X) Afebril

() Febril () Hipertérmico

() Isocóricas () Anisocóricas

() Não reagentes

() Alterações:

SISTEMA RESPIRATÓRIO

(X) Eupneico () Bradipneico

() Taquipneico () Dispneico

(X) Ar ambiente

() Traqueostomia

() Aspiração

Oxigenoterapia () Sim () Não

Qual:

SISTEMA CARDIOVASCULAR

(X) Normocárdico () Bradicárdico

() Taquicárdico

() Pulso Cheio () Filiforme

() Arritmico

Exame Físico: Bulhas Cardíacas:

Pulso:

REGULAÇÃO ABDOMINAL

(X) Normotenso

() Distendido

() Globoso

Ruídos Hidroaéreos: () Presente

() Ausente

Alterações:

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

(X) Espontânea () SVD () Fralda

() Uropen

() Anúria () Oligúria

() Cistostomia

() Irrigação contínua () Outros:

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

(X) VO () SNG/SOG

() SNE/SOE

() GTT

Aceitação da dieta: (X) Sim

() Não () Parcial

Evacuações: () Presente

(X) Ausente

() Colostomia

Alterações:

Flatos: () Presente

() Ausente

() Edema Local:

Risco de Lesão Sinalizado:

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS...

Cateter Periférico: (X) Sim () Não

Local:

Data:

Trocar em:

Cateter Central: () Sim () Não

Local:

Curativo realizado em:

Trocar em:

Sinais de Infecção no sítio da punção:

() Sim () Não

Dreno de:

Aspecto da secreção:

Quantidade:

Curativos: () Sim (X) Não

Local:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

() Deglutição Prejudicada

(X) Risco de Infecção

() Risco de nutrição desequilibrada

(X) Risco de constipação

() Risco de desequilíbrio do volume

() Volume de líquidos excessivo

() Volume de líquidos deficiente

() Padrão respiratório Ineficaz

() Ventilação espontânea prejudicada

(X) Mobilidade física prejudicada

() Risco de integridade da pele prejudicada

() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal

() Padrão de sono prejudicado

() Déficit no autocuidado para Higiene

(X) Risco de Lesão por Pressão

(X) Risco de Quedas

() Risco de Broncoaspiração

() Eliminação urinária prejudicada

() Comunicação deficiente

Escala de Morse

1. Histórico de Queda

Não

Sim

6. Estado Mental

0 Orientado/limitado/conhece as limitações

25 Superestima capacidade/Esquece limitação

2. Diagnóstico Secundário

Não

Sim

TOTAL:

0 Risco Baixo: 0 - 24

15 Risco Médio: 25 - 44

Risco Alto: Maior que 45

3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado

Não

Sim

0

20

() Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem

() Risco registrado na placa de identificação leito

4. Auxílio na Deambulação

Nenhum/Acamado/Auxiliado

Muleta/Bengala/Andador

Mobiliário Parede

5. Marcha/Deambulação

Normal/Sem deambulação/Acamado

Fraca

Comprometida/Cambaleante

0

15

30

0

10

20

Prescrição de Cuidado Prev Quedas

() Manter grades laterais elevadas

() Identificar o risco de queda na placa de identificação

() Auxiliar o paciente na higiene

(*) Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama

() Manter cama com rodas travadas

() Necessidade de contenção ao leito

() Manter vigilância de / horas.

() Calçado seguro nos pés

() Material de uso pessoal ao alcance da mão

()

Registro Geral:

Paciente no leito, sem

queda, alívio e conforto

até o momento, BEG, higiene

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: [Assinatura]

[illegible][illegible]

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

12.06. PERÍODO MATUTINO

Facioli, com queixa
de dor abdominal
na região superior e
presença náusea
e vômito. Ao exame
físico, a equipe

ASS:  12.06.2017 07:00

PERÍODO VESPERTINO

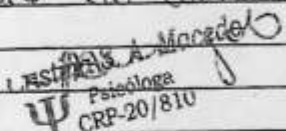
ASS:

PERÍODO NOTURNO 12.06.2017

Faciliado, com
dor abdominal
na região superior
e náusea.

ASS:  12.06.2017



DATA	EVOLUÇÃO
01.12.20	104-1 JORRIS MIGUEL PEREZ LOPEZ, 2.2 anos.
	Paciente homem, vítima de acidente de moto desi. submetido a procedimento cirúrgico de amputação de membros inferiores esquerdo na coxa, estava acompanhado pela namorada, consente, verbalizando: não dá, não dá, não dá. Dadas algumas orientações, retorna em outro momento para continuidade do atendimento psicológico.
	 L. S. A. Macêdo Psicóloga CRP-20/810

		Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR		Protocolo nº 1	Versão: 09	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 03/2020
Paciente: <u>Jesus Miguel</u>				DN:			
Leito: <u>104-1</u>				Data: <u>30/11/2020</u>		Hora:	

Localização			Região: <u>MIE (coto)</u> () Grau I () Grau II
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>Tracção</u> Fixador Externo () ortopedia () Ferida operatória () Outro:		
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada		
Pele Perilesional	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () outro:		
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:		
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido () Seco		
Solução de Limpeza	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%		
Cobertura primária	() Gaze () Colagenase/fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:		
Troca	() 12/12 () Diário () 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:	Selma Paula F. da Silva Téc. em Enfermagem CRP 934.531	Larissa Alves Mota Acad. de Enfermagem COREN-RR 1.247.428 - TE	
Observações:	 		

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

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	JOSÉ ROQUE, JÚNIOR	
DIAGNÓSTICO	Amputação traumática por (C)	
ALERGIAS	HAS	DM2
IDADE	LEITO	DATA 29/11/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM	ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA	6
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H	6/12 18/24
6	TRAMAL 100MG + 100 ML SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN	SN
7	ONDANSETRONA 8MG EV 8/8H SN	SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	SN
10	Insulina 50Ug EV 6/6h	6/12 18/24
11	CURATIVO DIÁRIO	CURATIVO
13	SSVV + CCGG 6/6 H	ROTINA
14		
15		
16		
17		
19		
20		
22	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	
23		

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

Lael Silva (Res Ortop)
CRM/RR 2015
Loamir Viana (Res Ortop)
CRM/RR 2124
Don Martins (Res Ortop)
CRM/RR 2038
Bruno Vieira (Res Ortop)
CRM/RR 1231

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	SpO2
6 H	100/70	70		36.6	
12 H	100/60	116	21	36.6	98%
18 H					
24 H	100/60	98	21	36.7	

Dx 102
Assinatura do Médico Responsável

104-1

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA													
PRESCRIÇÃO MÉDICA													
DATA DE ADMISSÃO			DIH		DN								
PACIENTE <u>Jesus Miguel Pires Lopez</u>													
AGNÓSTICO <u>Amputação traumática do Perno Esq</u>													
ALERGIAS			HAS		NEGA		DM2		NEGA				
IDADE			LEITO		DATA		<u>29.12.20</u>						
ITEM										PRESCRIÇÃO		HORÁRIO	
1										DIETA ORAL LIVRE		<u>C Zero, Liberação às 02h</u>	
2										ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		<u>manhã</u>	
3										SF 0,9% 500ML EV <u>S/N</u>		<u>de 4.4.4h</u>	
4										DIPIRONA 500MG EV 6/6H		<u>02-06-10-14</u>	
5										OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA		<u>24-08-12-18</u>	
6										TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		<u>08</u>	
7										NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4		<u>SN</u>	
8										SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h		<u>—</u>	
9										METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		<u>(02)-(06)-14</u>	
10										CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H		<u>SN</u>	
11										CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H		<u>> suspenso</u>	
12										CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		<u>SN</u>	
13										SSVV + CCGG 6/6 H		<u>Rotina</u>	
14										CURATIVO DIÁRIO		<u>Rotina</u>	
15										<u>I m p r i m 500mg EV de 6/6h</u>		<u>24-08-12-18</u>	
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	1		
18 H			
24 H			

[Assinatura]
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PA: 110x80
 FC: 137
 R: 20
 Oxigênio: 123

[Assinatura]
 COREN-RR 000.655.055

Amberco from Mr. C. C. Brown Esq
2nd Floor
1000 1st St

93122190

— C. C. Brown Esq

— 1000 1st St

> Amberco

4 Mr. Brown Esq 1000 1st St





ESTADO DE RORAIMA

*AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(DESTINAÇÃO DE MEMBRO AMPUTADO)**

IDENTIFICAÇÃO:

Paciente Jesus Miguel Perez Lopez Bloco/setor PAAR Leito _____

Data de Nascimento: 20 / 12 / 1997

Membro Amputado: Membro Inferior esquerdo Data da Amputação: 29 / 11 / 2020

O (A) Paciente Jesus Miguel Perez Lopez, ou seu responsável Miguel Angel Perez Baneto declara para todos os fins legais que foi informado pessoalmente pelo profissional Assistente social do Hospital Geral de Roraima – HGR sobre as possibilidades de destinação do membro amputado, que são: o material (membro amputado) pode ser ele (paciente ou responsável) requisitando para destinação em cemitério licenciado ou cremação ou o paciente e ou responsável pode renunciar a esse direito, ficando sob responsabilidade do Hospital dar o destino adequado conforme determina a legislação.

Desta forma opto pela opção de:

☒ **RENUNCIAR** ao direito de requisição do membro amputado, devendo o Hospital destinar o material para ser sepultado em cemitério licenciado ou cremação ou incineração, conforme RDC ANVISA 306/04, 222/18 e CONAMA 358/05.

() **REQUERER** o membro amputado, responsabilizando-me em dar a correta destinação ao membro amputado, seja para sepultamento em cemitério licenciado ou cremação, isentando totalmente o Hospital de responsabilidade civil e administrativa a partir da entrega, conforme termo de entrega anexo, parte integrante deste instrumento.

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo.

BOA VISTA – RR, 29 de Novembro de 2020

Paciente: _____

Responsável pelo paciente: Miguel Perez Assinatura
Assinatura

Testemunhas: _____

Assinatura

OBS: 1. Após assinado o referido termo deverá ser devidamente encaminhado ao serviço de arquivo Médico (SAME) para ser arquivado no prontuário do paciente.
2. O Relatório Médico deverá ser anexado a esse termo.



**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS - AMPUTAÇÃO DE MEMBROS**

**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA – PRONTO ATENDIMENTO AIRTON
ROCHA**

Paciente: JESUS MIGUEL PEREZ

RESPONSÁVEIS PELO PACIENTE:

-
-

AUTORIZAM A EQUIPE DA CIRURGIA VASCULAR DESTE HOSPITAL A
REALIZAÇÃO DA CIRURGIA DE AMPUTAÇÃO DO MEMBRO INFERIOR
ESQUERDO

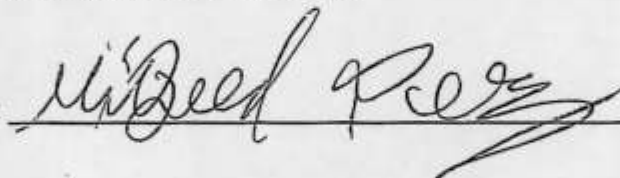
MOTIVO: ACIDENTE GRAVE COM ESMAGAMENTO, PERDA DE TECIDO OSSEO
E PARTES MOLES DOS PODODÁCTILOS, MEDIO, RETRO PÉ E TORNOZELO.
MEMBRO INVIÁVE

Este Termo de Consentimento Informado tem o objetivo de informar ao paciente e/ou
ao seu responsável/representante legal, o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e
objetivos do procedimento cirúrgico para amputação de membros ao qual o paciente
será submetido.

Nome do Médico: EQUIPE DE CIRURGIA VASCULAR + ORTOPEDIA.

BOA VISTA, 28 DE NOVEMBRO DE 2020.

ASSINATURA:





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RECEITUÁRIO

NOME:

José Miguel Perez Lopez

Exame clínico e radiológico
enquanto do sepultamento

Paciente vítima de trauma
automobilístico em parte
enquanto com fratura
exposta grave (lesão de tecido
mole e vascular). Foi avaliado
pelo ortopedista e cirurgião vascular
que constataram lesão irreversível
de tronco distal de parte
enquanto

DATA

29/11/20

ASSINATURA E CARIMBO

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto

CEP: 69.310-005 - Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0638

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200460916 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: Jesus Miguel Perez Lopez **Data do acidente:** 28/11/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. (AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (AMPUTAÇÃO). ALTA MÉDICA. PÁG 1

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda anatômica completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau completo - 100 %	70%	R\$ 9.450,00
Total			70 %	R\$ 9.450,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0368558/20

Vítima: Jesus Miguel Perez Lopez

CPF: 706.596.392-62

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/11/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: Jesus Miguel Perez Lopez

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais

Jesus Miguel Perez Lopez : 706.596.392-62

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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