

ITAU - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SERGIO DOS SANTOS SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08526

CONTA: 000000030159-6

Autenticação:

7F897030DD40D67AD958669257AB5290A4924981290E89FDE93FF01B4DBEF9EA

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:

451.874.791-72 Sérgio dos Santos Silveira

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

5 - Nome completo: Sérgio dos Santos Silveira	6 - CPF: 451.874.791-72		
7 - Profissão: Servidor Geral	8 - Endereço: Rua 08	9 - Número: 174	10 - Complemento:
11 - Bairro: Jardim Tropical	12 - Cidade: Belo Horizonte	13 - Estado: RR	14 - CEP: 69.314-615
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): 99113-3855	

DADOS CADASTRAIS

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Itaú

AGÊNCIA: CONTA: 30159 6
 (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 atende 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) Divorciado 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Nascrito (vai nascer)? Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim pais/avós vivos? 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.

NÃO ALFABETIZADO

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Belo Horizonte, RR 18 de junho de 2020*

X *Sérgio dos Santos Silveira* *William Gonçalves*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

*Certifico e dou fé, que a presente fotocópia
é a reprodução fiel do Original.
Boa Vista, 30 de Junho de 2020
Assinatura de...
Nº: 00006602/2020*

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00006602/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/02/2020 10:02:58 Data/Hora Fim: 13/02/2020 10:02:58

Origem: Polícia Judiciária Data: 13/02/2020

Delegado de Polícia: Eric Silva Pereira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 18/01/2020 16:00 (Hora Aproximada)

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Centro

Logradouro: Glaycon de Paiva

Ponto de Referência: Próximo ao Quartel da Polícia Militar e à antiga CARRORAIMA

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (ART. 303 DA LEI 9.503/1997 - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome Civil: SÉRGIO DOS SANTOS SILVA (VÍTIMA , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 31/08/1970 Idade 49

Profissão: Autônomo

Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto

Estado Civil: Divorciado(a)

Nome da Mãe: Anita dos Santos Silva

Nome do Pai: Eros Barbosa Silva

Documento(s)

RG: 86646

CPF: 451.874.791-72

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: 08

Nº: 174

Complemento: Casa

Bairro: Jardim Tropical

Nome Civil: ANITA MENDES DOS SANTOS (COMUNICANTE , PROCURADOR)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Nasc: 14/06/1950 Idade 70

Profissão: Do Lar

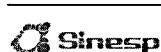
Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto

Estado Civil: Divorciado(a)

Nome da Mãe: Abelita da Silva Rosa

Nome do Pai: Aurino Pereira dos Santos Rosa

Documento(s)



Impresso por: Jeane Brito Dos Santos

Data de Impressão: 30/06/2020 14:23:28

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Fls: 2

Visto:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

AU/ELIVIA/AU
Certifico e dou fé, que a presente fotocópia
é a reprodução fiel do Original.
Boa Vista, 20 de Junho de 2020
Assinatura de...
A. Natura

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00006602/2020

RG: 196530

CPF: 181.193.871-04

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua 08

Nº: 174

Complemento: Casa

Bairro: Jardim Tropical

Telefone: (95) 98114-1995 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon

CPF/CNPJ do Proprietário 04.819.323/0004-05

Placa NAQ-6455

Renavam 01152146634

Número do Motor CSE301339

Número do Chassi 9BWAG45U6JT152311

Ano/Modelo Fabricação 2018/2018

Cor BRANCA

UF Veículo RR

Município Veículo Boa Vista/RR

Marca/Modelo VW/NOVO GOL TL MCV

Modelo VW/NOVO GOL TL MCV

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Meio Empregado

Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Depositário, Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante Senhora ANITA que é Procuradora do seu filho e vítima o Senhor SÉRGIO (CÓPIA ANEXA), compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando SÉRGIO estava trafegando a pé em cima da calçada, empurrou o seu carrinho de suco, Que o veículo devidamente descrito acima, subiu na calçada e colidiu em SÉRGIO, lhe causando lesões corporais e danificou-o o seu carrinho de suco. Que o condutor do veículo ocasionador tentou fugir, mas foi impedido por populares. Que ainda no local o condutor do veículo ocasionador pediu para que à polícia não fosse acionada, pois arcaria com os prejuízos, permanecendo no local até o resgate de SÉRGIO pelo SAMU. Que o motorista ocasionador forneceu números de telefone para contato, sendo que nenhuma existe, ou seja, sumiu/desapareceu. Que a comunicante tem vídeos do momento do resgate de SÉRGIO na qual aparece imagens do motorista ocasionador. Que à Senhora ROSANGELA CARVALHO DA SILVA, CPF 320.418.292-49, End.: Rua Edmundo Sales, Nº 929, Bairro: Buritis, Tel. 99111-6461, testemunhou o fato. Que o motorista do veículo ocasionador aparentava estado de embriaguez, segundo testemunhas. QUE DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. É o registro.

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo

Agente de Polícia

Matrícula 42000908

Responsável pelo Atendimento

Sérgio dos Santos Silva

Vítima, Envolvido

*Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderá 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."

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4853965

ELIETE ARAUJO DA SILVA

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

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

RR

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

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

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

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059



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

Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200243257 **Vítima: SERGIO DOS SANTOS SILVA**

Data do Acidente: 18/01/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SERGIO DOS SANTOS SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200243257 Vítima: SERGIO DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 18/01/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SERGIO DOS SANTOS SILVA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: SERGIO DOS SANTOS SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 341

Agência: 000008526

Conta: 0000030159-6

Tipos de Conta:

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Régime Especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Pagamento à vista com
Roraima Energia
INTERNAES NÚMEROS

0114139-2

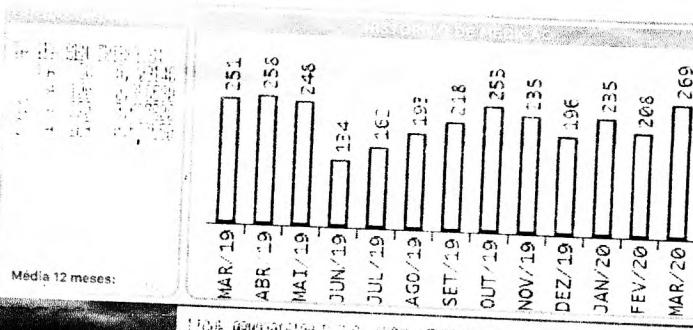
Nº da Nota Fiscal 4842893

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

MARCO/2020 06/04/2020 269 183,36
ANITA MELCHIOR DOS SANTOS
R. 613 L/4 JARDIM TROPICAL
CEP: 69.014-615 - BOA VISTA
CPF: 00018119387104

DADOS DA LEITURA (kWh)		DADOS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	1533	Atual:	20.03.2020	Grupo/Subgrupo:	1.6.1.2
Anterior:	1472	Anterior:	16.02.2020	Classe/Subclasse:	RENDIMENTA RENDA
Dias de consumo:	61	Próxima leitura:	20.04.2020	Ligações:	BIFASICA
Constante de Multiplicação:	1.00	Emissão:	17.03.2020	Número Medidor:	ME180099
Consumo medido:	253	Apresentação:	20.03.2020	Forma de Faturamento:	2000
Consumo Faturado:	253			Modalidade:	M 1516444

CONSUMO	50 A R\$ 0,258788 =	7,76
70 A R\$ 0,443643 =	31,05	
120 A R\$ 0,665471 =	79,85	
49 A R\$ 0,739405 =	36,23	
	50,74	
SE ALVANCA BAIXA RENDA		
CORREÇÃO MONETÁRIA 16.02/20-00		
MULTA POR ATRASO DE 1.02/20-00		0,06
JUROS DE MORA POR ATR. 02/20-00		0,75
MULTA POR ATRASO 02/20-00		0,03
JUROS DE MORA DE IMPÓ 02/20-00		2,22
ILUMINAÇÃO PÚBLICA		0,14
		25,27



RESERVADO AO FISCO 013A.2379.005E.FBD9.1D1C.0FC6.E2AD.F839

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$			IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		
Energia:	85,76	Encargos: 4,74	Base de Cálculo: 154,3	ALÍQUOTA 17,00%	VALOR 26,58
	30,99	Tributos: 29,78		PIS: 0,35%	0,59
Transmissão:	6,00			COFINS: 1,79%	3,05

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC	FIC	CMG	DGR
Mensal	8,38	17,70	35,40	8,46
Trimestral	17,70	35,40	33,84	16,92
Anual				
Realizado	0,62		1,00	
				0,62
Conjunto DISTRITO				

Período de apuração: 01/2020 EUSO: 49,32

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Sérgio dos Santos Silveira
NACIONALIDADE: Brasileiro
PROFISSÃO: Correio Gerais
CPF: 451.871.791-72
BAIRRO: Jardim Tropical
CEP 69.319-615
ESTADO CIVIL: Solteiro
RG: 86698
ENDERECO: Rua 08 173
CIDADE: Bonito

VÍTIMA: Sérgio dos Santos Silveira
CPF: 451.871.791-72
NATUREZA: () DAMS () INVALIDEZ () MORTE
DATA DO ACIDENTE:

OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves Franco
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: Casado
PROFISSÃO: Autônomo
Nº DO RG: 239874
ÓRGÃO EMISSOR: SSP-RR
DATA DE EMISSÃO: 13-10-16
Nº CPF: 825.396-343.20
ENDERECO: Rue CC 11 294 Lauro Moreira

PODERES:

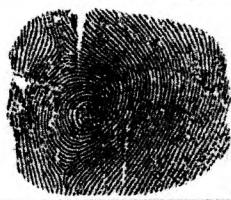
Para requerer o seguro DPVAT por invalides, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar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

Brasília, RR, 18 de Maio de 2020
Sérgio dos Santos Silveira
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Polegar Direito



William gonçalves franco

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

239717

DATA DE EXPEDIÇÃO

13/10/2016

NOME
WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE

SANTA INÉS - MA

DOC. ORIGEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

CAP

825.396.343-20

AMADEU ROCHA TRIANI

Porto Pequeno/Paraná - Policia Civil

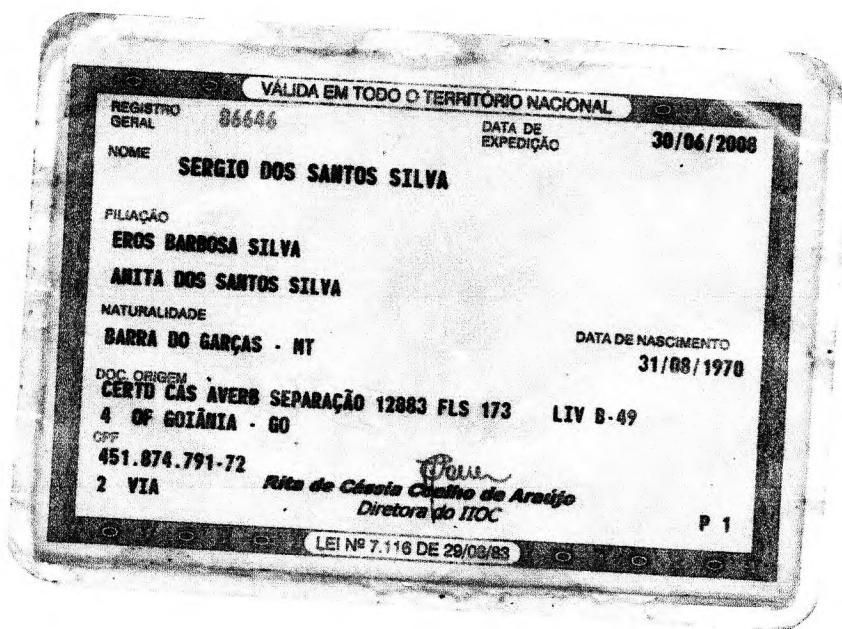
LEI N° 7.116 DE 29/08/83

2 VIA

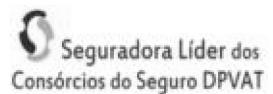
DATA DE NASCIMENTO

09/12/1978

P 1



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0190473/20

Vítima: SERGIO DOS SANTOS SILVA

CPF: 451.874.791-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/01/2020

Titular do CPF: SERGIO DOS SANTOS SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

SERGIO DOS SANTOS SILVA : 451.874.791-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/07/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/07/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco
inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343-20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Sergio dos Santos Silveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 451.874.791-72,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez, da Vítima Sergio dos Santos Silveira,
inscrito (a) no CPF sob o Nº 451.874.791-72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua CC 11</u>	Número:	<u>294</u>	Complemento:				
Bairro:	<u>Loura Moreira</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado:	<u>RR</u>	CEP:	<u>69.318-050</u>	
E-mail:	<u>WFranco9926@gmail.com</u>						Tel.(DDD):	<u>99113-3856</u>

Local e Data: Boa Vista RR 18 de junho de 2020

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0190473/20

Vítima: SERGIO DOS SANTOS SILVA

CPF: 451.874.791-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/01/2020

SERGIO DOS SANTOS
SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

SERGIO DOS SANTOS SILVA : 451.874.791-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/07/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/07/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200243257 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SERGIO DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 18/01/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 26,41

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: 42

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

Osteopatia

Dr More

Pente sobre Ulmo de ocido
com morte com gema de dor
em Cervo E.

No Rio Apodiro fatois em
femur E em espol Dito

D2 Provisorio pelo progra
mosso Cirurgico.

Dr. Augusto Cavalcante
Medico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 1964



EQUIPE SAMU/BV

UNIDADE:

BRAVO II

EQUIPE:



Paciente: Sergio dos Santos Silveira Idade: 69 anos Sexo: M
 Nacionalidade: Branco Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia
 Endereço: Av. Glacycon de Souza Bairro: Centro

Nº 1018 DATA 18/01/2020 HORA J/9: 15:32 BASE () VIA () RÁDIO
 Médico (a) Regulador (a): Dra. Gleison HORA J/10: 15:39 () CELULAR

MOTIVO
INJURIA
Tentativa de suicídio Prox. av CPC

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora (X) 1 a 3 horas () 4 a 24 horas () Mais de 24 horas () Não sabe ()

TIPO DE DOENÇA / ACIDENTE

- | | | | |
|--|---------------------------|----------------------|-------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito | [] Urgência psiquiátrica | [] Queimadura | [] Urgência obstétrica |
| [] Agressão física / espancamento | [] Tentativa de suicídio | [] Choque elétrico | [] Transferência |
| [] Agressão física – FAF | [] Envenenamento | [] Queda | [] Exame complementar |
| [] Agressão física – FAB | [] Afogamento | [] Urgência clínica | [] Outros |

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VÍTIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO	OUTRA PARTE ENVOLVIDA	MENSAGEM
[] Pedestre	[] A pé	[] Ônibus	[] Capacete
<input checked="" type="checkbox"/> Condutor	[] Automóvel	[] Micro-ônibus	[] Cinto de segurança
[] Passageiro	[] Motocicleta	[] Outro	[] Airbag
[] Ignorado	[] Bicicleta	[] Ônibus	[] Assento para criança
		[] Micro-ônibus	

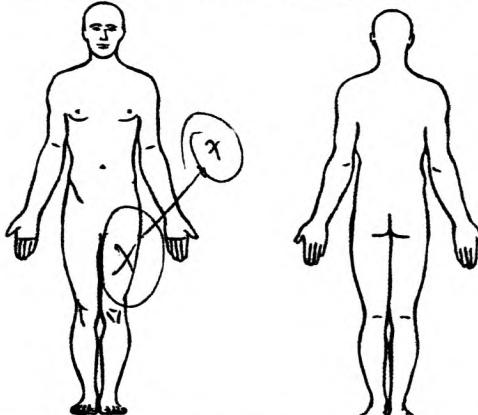
VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLOGICA
<input checked="" type="checkbox"/> Livre	[] Eupneica	[] Normocárdico	[] Miase (M)
[] Obstrução Parcial	[] Apneia	[] Bradicárdico [] Taquicárdico	[] Midriase
[] Obstrução Total	[] Dispneia	[] Enchimento capilar acima de 2"	[] Anisocoria [] D [] E
[] Corpo estranho	[] Bradipneia	[] P脉 radial ausente	[] Aparentemente Alcoolizado
[] Outro: _____	[] Taquipneia	[] P脉 central ausente	[] Agitação psicomotora
		[] Cianose central [] Extremidade	

SINAIS VIDA E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Inicio <u>15:54</u>	<u>100 x 70</u>	<u>101</u>	/	<u>97%</u>	/	/	/	<u>15</u>
Fim <u>16:10</u>	<u>100 x 60</u>	<u>100</u>	/	<u>97%</u>	/	/	/	

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

LESÃO IDENTIFICADA	ABERTURA DA PELE
1 - Dor	<input checked="" type="checkbox"/> - Espontânea
2 - Hematoma	3 - Ao comando
3 - Contusão	2 - À dor
4 - Escoriação	1 - Sem resposta
5 - Laceração	
6 - Luxação	
7 - Fratura fechada	
8 - Fratura exposta	
9 - Amputação	
10 - Evisceração	
11 - Afundamento de crânio	
12 - Ferimento penetrante	
13 - Tórax instável	
14 - Enfisema subcutâneo	
15 - Ferida aspirativa	
16 - Empalamento	
17 - Outros	



AVALIAÇÃO CARDIACA	ALTERAÇÃO CLÍNICA	ALTERAÇÃO FÍSICA
[] Ritmo Sinusal [] PV	[] Neurológica [] Metabólica	[] Diabetes [] Alergias
[] Taquicardia Sinusal [] TV	[] Respiratória [] Infecciosa	[] Cardiopatia [] Outros
[] Flutter Atrial [] AESP	[] Cardiovascular [] HAS	[] HAS
[] Fibrilação atrial [] Assistolia	[] Digestiva	[] Medicação de uso

GRAVIDADE COMPROVADA	[] Ileso	[] Pequena	[] Média	[] Severa	[] óbito

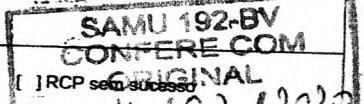
Dr. Fernando André Martins Ferreira
 Cirurgião Oncológico de
 Cabeça e Pescoço
 CRM-RR: 1643

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Desconto)

- [] Cancelamento
 [] Recusa de Atendimento / [] Hospitalização
 [] Não se encontrava no local
 [] Trote

MEIOS ADICIONADOS

- [] Polícia Militar
 [] Guarda Municipal
 [] SMTRAN
 [] PRF



[] Iniciada as: _____ [] Terminou às: _____

[] RCP com sucesso

[] RCP sem sucesso

INCIDENTES

RCP

PERÍODO DO PACIENTE	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
	<input type="checkbox"/> Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	<input type="checkbox"/> Declaro para os devidos fins que estou recusando o transporte para a unidade hospitalar disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____
TESTEMUNHA 01: _____	RG: _____
TESTEMUNHA 02: _____	RG: _____

GESTANTE								
Idade Gestacional:	<input type="checkbox"/> Movimentos fetais presentes	<input type="checkbox"/> Partes fetais na vulva						
Perda de líquido:	<input type="checkbox"/> Contrações entre 3-5 min.	<input type="checkbox"/> Com cartão da gestante						
BCF:	<input type="checkbox"/> Contrações com duração > 30s	<input type="checkbox"/> Sem cartão da gestante						
PROCEDIMENTOS REALIZADOS								
<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> Máscara laringea	<input type="checkbox"/> Monitorização cardíaca	<input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de fraturas					
<input type="checkbox"/> Cânula de Guegel	<input type="checkbox"/> Guia de introdução Bougie	<input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Curativos					
<input type="checkbox"/> Cateter nasal: ___ L/min	<input type="checkbox"/> Criotireostomia cirúrgica	<input type="checkbox"/> Headblock	<input type="checkbox"/> Parto vaginal					
<input type="checkbox"/> Máscara facial: ___ L/min	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria	<input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa	<input type="checkbox"/> Cesárea de emergência					
<input type="checkbox"/> Bolsa-valva-máscara: ___ L/min	<input type="checkbox"/> Dreno de tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Tirantes	<input type="checkbox"/> Imobilização de luxação					
<input type="checkbox"/> Intubação orotracheal	<input type="checkbox"/> Descompressão torácica	<input type="checkbox"/> KED	<input type="checkbox"/> Outros:					
<input type="checkbox"/> Acesso venoso Gelco nº ___	<input type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp nº ___	<input type="checkbox"/> Acesso intraósseo						
MEDICAMENTOS PRESCRITOS								
18-01-2020	FARMACO	DOSE	VIA	HORA	FARMACO	DOSE	VIA	HORA
	RL 500 ml	500 ml	EV	16:00				

INSUMOS UTILIZADOS NA OCORRÊNCIA								
19-01-2020								

- 06 pares de luvas proc. P
 - 06 pares de luvas proc. G
 - 02 molas canas descart
 - 03 atordoador de 30cm
 - 01 atordoador de 08 cm
 - 01 gelos 18
 - 01 spray no maior
 - Enparacoxapar
 - Segunda
 - RL 500 ml

OBSERVAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS								
18-01-2020								
-ACIONAMENTO DA OCORRÊNCIA DE NATURALEZA FRANATIVA (ciclos de exaço/bicicleta ambientante) - Os ciclos de exaço trouxeram em solo, um sentido de fogo, creme m, cote, que nos apuramos que o sentido da bicicleta ambientante. - Minha encocava-se em 1114, apresentando fractura fechada de Fémur (E), foi realizada imobilização, foto evelo de fratura, período SSVV, - Realizado AVP, minima concussão local ao fêmur, com ferme Cruzado 192.								

Chirurgia da lesões
 Téc. Enfermagem
 Laren 519 - 768

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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE

Sergio dos Santos Schio, 49 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 16/13/10, COM
DIAGNÓSTICO DE *fratura de fêmur distal esquerdo*

NO DIA 13/2/10, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
bloco de fêmur distal SENDO
OPERADO PELO DR. *Vitor Montenegro* E DR. *Bruno Figueiredo*.
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 20/2/10, AS 10 horas, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 3/13/10, AS 7 horas, COM 0
DR. *Vitor Montenegro*

ORIENTAÇÕES GERAIS:

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR

20/2/10

BOM VISTA, 1/1/10

MÉDICO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE: <i>Sergio dos Santos Sales</i>				
DIAGNÓSTICO: <i>Edema de pulmão</i>				
ALERGIAS: <i>Nenhuma</i>		HAS	DM2	
IDADE: <i>60</i>		LEITO	DATA <i>18/01/20</i>	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			<i>S.N.D.</i>
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			<i>Maneira</i>
3	SF 0,9% 500ML EV S/N			<i>S.N.</i>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H <i>500mg</i>			<i>10:20 06/12</i>
5	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA			<i>S.N.</i>
6	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 5			
7	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			
8	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			<i>S.N.</i>
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h S/N			
10	<i>Tolbutamida EV 100 mg 12/12h 10:00</i>			
11				
12	<i>Clorazodona 50 1xdia 20:</i>			
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			<i>Dr. Augusto Caujante</i>
20	SSVV + CCGG 6/6 H			<i>Ortopedia e Traumatologia</i>
21	CURATIVO DIÁRIO			<i>CAPM 1984</i>
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, ACIANÔTICO, ANICRÉTICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRAÇÃO TRANSESQUELETICA, SEM QUEIXAS ALGICAS.

Solicitado:
Conduta:
Programação de cirurgia:
Previsão de alta:

SINAIS VITAIS	6 H	12 H	18 H	24 H
	100x PASO	96		
		*		

MÉDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Este paciente foi admitido a 21 hr - Adm. m. cpm + 8ml

Monte Moreira L. Ribeiro
Auxiliar de Enfermagem
CORENRR 000100

20:20h PA: ?
 TAx: 37.1°C
 Fc: 76 bpm
 FR: 18 rpm



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HGR
Hospital Geral
de Roraima

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

18/01/20.

DN

PACIENTE SERGIO DOS SANTOS SILVA

AGNÓSTICO FX FEMUR E

ALERGIAS

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

101-1

DATA

19/01/2020

ÍTEM

PREScrição

HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

5M0

2 ACESSO VENOSO PERIFERICO

MAN TER

3 SF 0,9% 500ML EV 12/12H SN

5v

4 DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN

5v

5 CLEXANE 40MG SC 1X DIA

J6

6 TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA

5v

7 NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4

5v

8 OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA

06:

9 METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N

5v

10 SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN

5v

16 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

5v

17 SSVV + CCGG 6/6 H

RON MA

18 CURATIVO DIÁRIO

ROTA MA

19

20

21

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

EVOLUÇÃO MEDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Marcos Aguiar
CRM-RR 1995

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	T
12 H	92x69	89	-	36,5
18 H	100x76	86	20	36,5
24 H	105/63	82		36,2

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
 MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM -RR 2028

06:00hs PA = 902/63
 FC = 79 medicamento e 5500
 T = 36,5 li. p. m.

Marizelina Sampaio Ferreira
 COREN-RR 754419 TE.



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	18/01/20.	DN
PACIENTE	SERGIO DOS SANTOS SILVA			
AGNÓSTICO	FX FEMUR E			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO	101-1	DATA	20/01/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			JUN
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			MAN Fen
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H SN			S/N
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN			S/N
5	CLEXANE 40MG SC 1X DIA			16
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA			JUN
7	NALBÚFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4			S/N
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			060
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			S/N
10	SIMÉTICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN			S/N
16	CAPTOPRIL 25.mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			S/N
17	SSVV + CCGG 6/6 H			Rotina
18	CURATIVO DIÁRIO			16/01/2020
19				
20				
21				

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

EVOLUÇÃO MEDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTERICO, ÁFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADÔ, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

Antonia Rodrigues
Técnico em Enfermagem
COREN-RR 784.228 TE
07/01/2020

SINAIS VITAIS				DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO MÉDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM -RR 2028
6 H	PA	FC	FR	
12 H	121/60	72	-	36°C
18 H	108/60	91	-	36°C
24 H	130/60	82		36°C

06/01/2020 86 36

26/01 Admin metronidazole
medicamentos c/ m
apenas ssv
fornecidos gerais

Lourdes A dos Santos
Téc. Enf.
04/01/2020



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	18/01/20.	DN
A. CIENTE	SERGIO DOS SANTOS SILVA			
AGNÓSTICO	FX FEMUR E			
ALERGIAS:	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO	101-1	DATA	21/01/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE		SN	
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO		SN	
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H SN		SN	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN		SN	
5	CLEXANE 40MG SC 1X DIA		SN	
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA		SN	
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4		SN	
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA		SN	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG-EV 8/8H S/N		SN	
10	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN		SN	
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		SN	
17	SSVV + CCGG 6/6 H		Ritmo Curativo	
18	CURATIVO DIÁRIO		Curativo	
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:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

06h 107x63 89

SINAIS VITais

6 H	PA	FC	FR
12 H	110/60	82	3652
18 H	130x80	94	352
24 H	117x63	90	3692

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-BR 2028

12h. P. fui do SSV, sem
mudar durante o
plantão.
Jacqueline Oliveira de Aguiar
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 54997-TE

18:00 pt no leito, quando os SSV
segue aos cuidados da Enf
Geral

Plantão das 19:00h às 7:00h Paciente
no leito. Adm. M.CPM. Aferido SSIV

Terezinha de Jesus P. da Silv
DREN-IR 427910 - AE



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SÉCRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

101-1

DATA DE ADMISSÃO:		DIH	18/01/20.	DN
PACIENTE: SERGIO DOS SANTOS SILVA				
AGNÓSTICO: FX FEMUR E				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO	101-1	DATA	22/01/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H SN			SN
4	DIPIROXINA 500MG EV 6/6H SN			
5	CLEXANE 40MG SC 1X DIA			SB*
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA			SN
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4			
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			86°
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			
10	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN			SN
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
17	SSVV + CCGG 6/6 H			Rotina
18	CURATIVO DIÁRIO			Rotina Curativo
19				
20				
21				

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

EVOLUÇÃO MEDICA:

ENCONTRO PACIENTE. DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	Tema
12 H	106x72	67		36°C
18 H	120x80	83		36.4°C
24 H	130x80	83		36.8°C

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
 MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM-RB 2028

07-13h - Paciente acamado, higienizado,
 às 12h verificado SSVV, sem medica-
 ção. S/O hiperidose. Sem queixas, segue
 os cuidados da equipe. Tec. Enf. Kenany
 Convenção
 5248368

18:00 Pct no leito sem queixa
 apesar os SSVV e segue aos
 cuidados da Enf.
 Gisele

VISÃO: Asob: on dia 23/06/20, o paciente malfite maldito
e Pm l glm interconcreto e segue aos cuidados da Enf
~~maggm fozione~~

Assinatura de Souza Araújo
Assinatura do Enfermeiro
CREF-RP 000 461 072



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	18/01/20.	DN
PACIENTE	SERGIO DOS SANTOS SILVA			
AGNÓSTICO	FX FEMUR E			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO	101-1	DATA	23/01/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			6/6
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			MANTIDA
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H SN			
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN			16
5	CLEXANE 40MG SC 1X DIA			
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA			
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4			26
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			
10	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN			
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			16
17	SSVV + CCGG 6/6 H			louca
18	CURATIVO DIÁRIO			CURADO
19				
20				
21				

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

EVOLUÇÃO MEDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
 # EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO :

CONDUTA : MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :

PREVISÃO DE ALTA :

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	140/77	80	—
18 H			
24 H			

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
 MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM-BR 2028

12h. P/endo SSW, re-
 fuentes da ferida o
 plantar.
 Jacqueline Ferreira de Aguiar
 Técnica de Enfermagem
 COREN/RR 54997-TE

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNACÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Eu Sergio dos Santos Silva

CPFº

101-1

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

Declaro que:

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

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

- 4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médica hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;
- 5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;
- 6.) Confirme que recebi explicações, li, comprehendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 23 de Janeiro de 2020.

Assinatura do paciente:

Sergio dos Santos Silva

Responsável:

1) Assinatura:

Nome

CPFº:

Grau de Parentesco:

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

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

Boa Vista, 23 de 01 de 2020. Hora: 10:00

Nome Completo:

Assinatura do Médico:

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM 1004 / 00

Dr. André Dantas Marcella
Médico
CRM-RR 1904



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

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

DATA: 22/01/20
PACIENTE: Eugenio dos Santos
DIAGNOSTICO(S): _____
DN: 111

DIH: _____

KANBAM: _____ Dieta: _____

EXAMES ADMISSIONAIS (DATA 1/1): Hb: _____ Ht: _____ Ur: _____ Cr: _____

Leuc: _____ Seg: _____ Plaquetas: _____

Na: _____ K: _____ Ca: _____ Cl: _____

HCO₃: _____ PH: _____ BE: _____ PO₂: _____ PCO₂: _____

EAS: _____

CULTURAS (1/1): _____

IMAGEM: _____

EXAMES DE TRANSFERENCIA (DATA 1/1): Hb: _____ Ht: _____ Ur: _____ Cr: _____

Leuc: _____ Seg: _____ Plaquetas: _____ Na: _____ K: _____ Ca: _____

Cl: _____ HCO₃: _____ PH: _____ BE: _____ PO₂: _____ PCO₂: _____

EAS: _____

IMAGEM: _____

ANTIBIOTICO

USADO:

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIOTICO:

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUIDA:

EVOLUCAO CLINICA:

*Paciente com ex ferida agudo aberto
ex programada 11/18/02/20*

Bo. V. Pedro de F. Full. LU
Dr. Pedro de F. Full. LU
Médico Residente
Médico de Traumatologia
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2028

de 20 01 Hora: _____

CRM _____ / _____

Assinatura/carimbo do Medico Assistente

Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda/HC

*Marcilia
CRM-RR 1004*

CRM _____ / _____

*Assinatura/carimbo do Medico Regulador.



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

ALDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

SUS: 704608143784527

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Sérgio dos Santos Silve

6 - N° DO PRONTUÁRIO
178274

9 - SEXO

masc.

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

704608143784527

8 - DATA DE NASCIMENTO
31/08/70

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Anita dos Santos Silve

11 - TELEFONE DE CONTATO
915811114612130

12 - ENDERÉCO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua 8 N° 174 Jardim Tropical

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bonito

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

ALDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
SUS: 704608143784527

AA MAR 148

Caro Dr. [Signature] que o presente

é o resultado do exame

de [Signature] no Hospital

[Signature]

112-05

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE SERGIO DOS SANTOS SILVA					
GNÓSTICO FEMUR DISTAL E					
ALERGIA:	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	349	DATA	16/2/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manter
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DC				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMM				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CURATIVO DIARIO sn				SN
12	SIMETICONA 40 GTS VO 8/8H				(14) 22 06
14	transferir ao HGR				
15					
16					
17	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				
18					
19					
20					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

Paciente aguardando
procedimento cirúrgico 18/02.
Sem queixas no momento
Transferir hoje ao HGR

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

S/NAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	90/75	70		38,1	
12 H	130X70	84	-	35,6	
18 H	120X70	82		36,2	
24 H	100/70	73		36 °C	

06h: Paciente no leito, sem
queixas. Verificado SSV.
Segue aos cuidados de
enfermagem.

Diane
Dra. Diane Ferreira Diniz
COREN-RR 876.989-12



Certifico e faço fez que a presente
cópia é fiel à Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

112.1

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/02/2020	DN
PACIENTE	SERGIO DOS SANTOS SILVA			
DIAGNÓSTICO	FX DE FEMUR DISTAL ESQUERDO			
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	LEITO	112-1	DATA	17/02/2020
ITÉM				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			8/8h
2	AVP			12/12h
3				
4				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN			6/6h
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA			9h
7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N			12h
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN			12h
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			12h
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			12h
11				
12				
13	CURATIVO			hora
14	SSVV + CCGG 6/6H			hora
15				
16	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS,

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PROGRAMADO PARA DIA 18/2/20.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Bity, Bento Gomes, B/M
Cidade Planalto - RR (65) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

19 MAR. 2020

Certifico que o Dr. Sergio dos Santos Silva é o seu representante legal no Hospital Geral de Roraima.

SINAIS VITais				DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR/1964
6 H	PA	FC	FR	RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
12 H	137 x 83	69	36	
18 H	12 x 87	77	35,6 °C	
24 H	120 x 70	75		

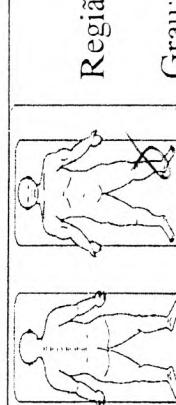
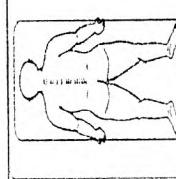
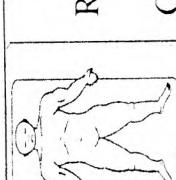
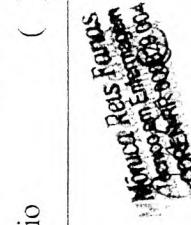
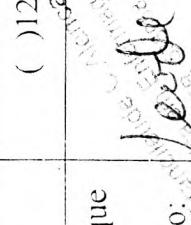
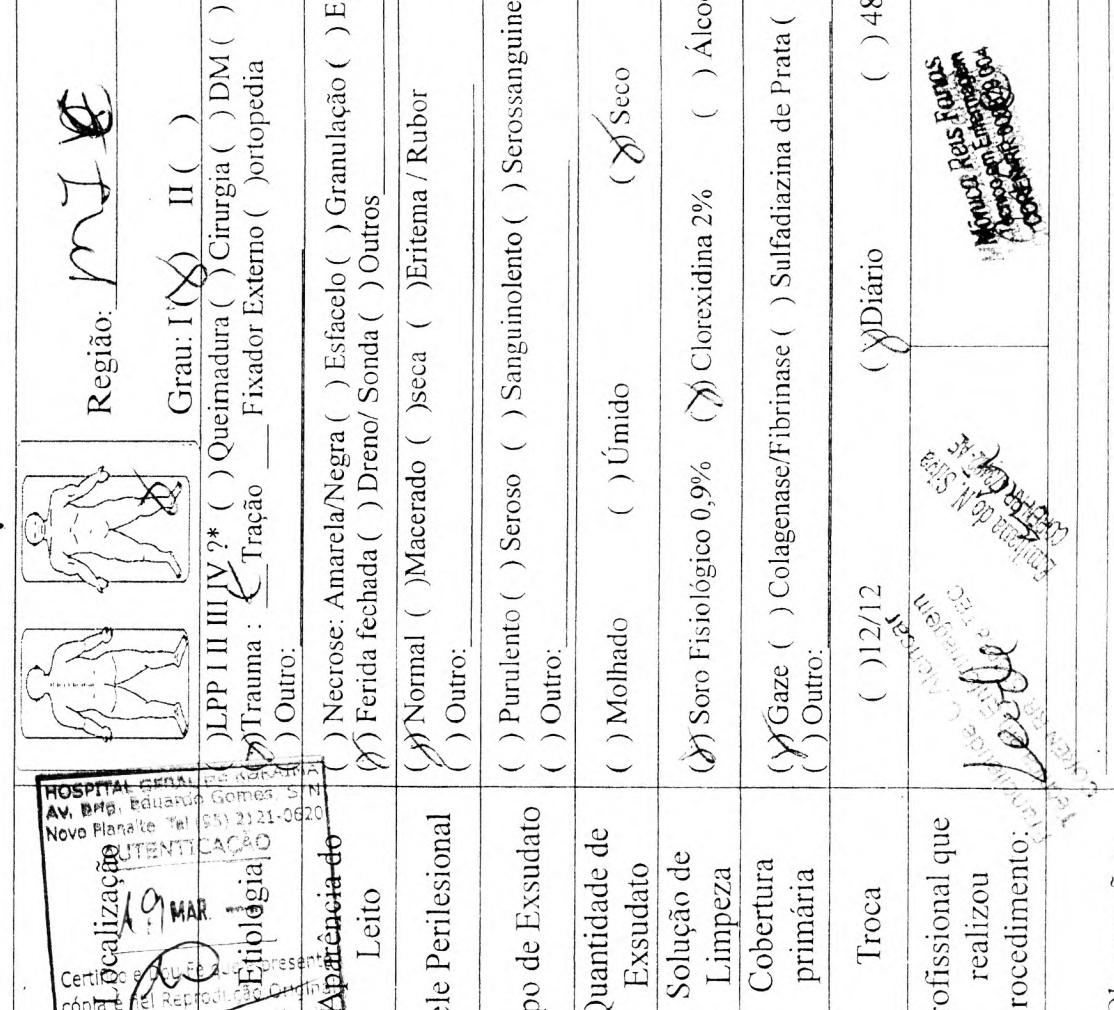
Realizado exame de sangue para hemograma e coagulograma. Sintomas melhora.

Tarde - 55 UV.
cuidados gerais.
falta
sem queixas

Geovilane Melo de Souza
COREN-RR 292.369-TE

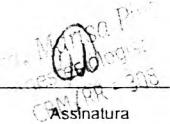
EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
		Paciente: <u>Sergio dos Santos</u> Leito: <u>112-1202</u>			

	Região: <u>MJ</u>	Região: 	Região: 	Grau: I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>	Grau: I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/>
Etiologia: <input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma : <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:		Etiologia: <input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros		Etiologia: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	
Aparência do Leito <input checked="" type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:		Aparência do Leito <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:		Aparência do Leito <input checked="" type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	
Pele Perilesional <input checked="" type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido		Pele Perilesional <input checked="" type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido		Pele Perilesional <input checked="" type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido	
Quantidade de Exsudato <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%		Quantidade de Exsudato <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%		Quantidade de Exsudato <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel	
Solução de Limpeza <input checked="" type="checkbox"/> Outro:		Solução de Limpeza <input checked="" type="checkbox"/> Outro:		Solução de Limpeza <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel	
Cobertura primária <input checked="" type="checkbox"/> Outro:		Cobertura primária <input checked="" type="checkbox"/> Outro:		Cobertura primária <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel	
Troca <input checked="" type="checkbox"/> 12/12		Troca <input checked="" type="checkbox"/> Diário		Troca <input checked="" type="checkbox"/> 48/48h	
Profissional que realizou procedimento: 		Profissional que realizou procedimento: 		Profissional que realizou procedimento: 	
Observações: 					

PRÉ-ANESTÉSICO

DN 31.02.70

Nome: <u>Silveira dos Santos Silveira</u>		A. Enf.: <u>112</u>	Lito: <u>01</u>	Serv: <u>Catopredur</u>																				
Sexo: <u>Masculino</u>	Cór. pd: <u>1</u>	Idade: <u>49</u> Anos	Peso: <u>94</u> Kg	Alt: _____ Classe: _____ Data: <u>18/02/20</u> Hora: <u>13:00</u>																				
Diagn. Pre-OP: <u>Fratura de Femur distal avascular por desplacamento (13.01.20)</u> Patol Assoc.: <u>Neg (comida dura)</u>																								
Cir. Proposta: <u>Osteosynthesse do femur distal</u>		<u>17.01.20</u>																						
Anest. Ant: <u>sim</u> Enjogo prévio		Sangue Tipo: <u>B</u> Leuc: <u>6.43 x 10⁹</u> Ht: <u>31%</u> Hb: <u>10.40</u>																						
Alergia: <u>desconhece</u>		Hm: <u>3.24 x 10¹²</u> tc: <u>ts</u> p. Laço: _____																						
Alcool: <u>regularmente</u> Fumo: <u>Ø</u>		r. Coag: <u>912.000</u> Uréia: <u>26.17</u>																						
DROGAS: (Corticoide, fenotiazinico, hipotensor, narcotráfico, hipotico, digitálico, anticoagulante, diurético, antibiótico, sulfato, casopressor, IMAO, outros) <u>não posso de nenhuma maneira</u>																								
creat: <u>0.77</u> Glic: <u> </u> Na: <u> </u> mEq/l: <u> </u>		Cl: <u> </u> mEq/1k: <u> </u> mEq/1pH: <u> </u> pO2: <u> </u>																						
pCO2: <u> </u> BA: <u> </u> BB: <u> </u> BS: <u> </u> BE: <u> </u>		URINA: <u> </u> pH: <u> </u> glic: <u> </u> Alb: <u> </u>																						
RX: <u> </u> Feses: <u> </u> Sedim: <u> </u>																								
Pescoco: <u>bca mobilidade em flexão</u> Veias: <u>pequenas</u>																								
Boca: <u>Nadampati 1</u>																								
Estado Mental: <u>LOTE</u>																								
Outros: <u> </u>																								
Parecer Clínico: <u>Estabilidade do Padrão cardiovascular. Goldman 1</u>																								
PA: <u> </u> Pulso: <u> </u> Temperatura: <u> </u>																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Medicação Pr - Ant.</th> <th>DOSE</th> <th>VIA</th> <th>HORA</th> <th> </th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>					Medicação Pr - Ant.	DOSE	VIA	HORA																
Medicação Pr - Ant.	DOSE	VIA	HORA																					
Est. Fis (ASA): <u>5</u> AN. Proposta: <u>Raqueus</u> NB: <u> </u>  <u>Assinatura</u>																								

PÓS-ANESTÉSICOS

NA SALA DE RECUPERAÇÃO	NA ENFERMARIA
Data: <u>/ /</u> Hora: <u> </u>	Data: <u>/ /</u> Hora: <u> </u>
<u>Ecografia: TAP 6.2"</u> <u>RNI 0.57"</u> <u>TAPA 43.8"</u> , Solutio via	
<u>Intubado novo esofagoscópico avulsão bex anestésico</u> <u>Confirmada reservar de 3 unidades de CM</u> <u>ma agência transfusional</u> <u>Paciente foi orientado no tâmbor ao 4º jum</u> <u>e no procedimento anestésico a ser realizado</u>	
<u>Assinatura</u>	
<u>Assinatura</u>	

HOSPITAL GERAL DE BORAJIMA
Av. Br. Eduardo Gómez, S/N
Novo Horizonte Tel: (63) 2131-0620

AUTENTICAÇÃO

19 MAR. 2000

Certifico que a presente
 cópia é fiel Reprodução Original
 que foi apresentado neste Hospital



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Bernardo dos Santos Silveira

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc

1

Fem.

3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

DDD

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Perente com fx ferro distal
esquerdo

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TTO cruf'co

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

Anamnese + Rx + Ex. Fisico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

fx ferro distal Q

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Ortopedia

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 32-ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

18/02/20 Dr. Bernardo dos Santos Silveira
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° 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

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 18/08/10 O.S. _____

Sergio dos Santos
Silva

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

fx fratura distal tibia

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

osteosynthes

TIPO DE INTERVENÇÃO:

—

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

—

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

O mesmo

CIRURGIÃO:

1º auxiliar:

2º auxiliar:

INSTRUMENTADORA:

3º auxiliar:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Sergio da Saelton Silveira, M. Ura

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO												N°																	
14:05						15:00						18 02 2020.																	
A G E N T E S	N 20		15	30	45		15	30	45		15	30	45		15	30	45												
	02		/	/	/		/	/	/		/	/	/		/	/	/												
LIQUIDOS	A	M	SEI	SEI	SEI	SEI	SEI																						
VENOSOS	V		5																										
	R		0																										
DA	°C	240																											
X	38	220	99	99	99	98	98	98	98	98	98	98	98																
ULSC	•	36																											
ANES	X	34	200																										
OP	O	32	180																										
TEMP	□	30	160																										
ASPIR.		140																											
A		120																											
RESP	O	100																											
		80																											
		60																											
		40																											
		20																											
Export																													
Assist																													
Contro																													
SIMBOLOS												1*	36	0	2														
												2																	
												3																	
												4																	
												5																	
AGENTES												DOSES						TÉCNICA						ANOTAÇÕES					
A - etomidato 100 µg												B - diazepam 5 mg						c - sevoflaxano 100 µg IV						x - Chegue + uso de tosse jato.					
B - diazepam 5 mg												c - sevoflaxano 100 µg IV						2. M. diazepam 2,5 mg IV						3. Sevoflaxano					
c - sevoflaxano 2,5 mg												d - sevoflaxano 100 µg IV						4. Anestesia SA / L2-L3/asséptica.						Quinidina 20 / LCR 4.					
d - sevoflaxano 100 µg IV												e - sevoflaxano 2,5 mg IV						5. Bicarbonato 2,5% 4 ml 50 +						metilico 500 µg SA.					
e -												f - sevoflaxano 2,5 mg IV						6. OXI +						7. sevoflaxano 2,5 mg IV					
f -												g - sevoflaxano 2,5 mg IV						8. Dexometorfano 100 µg IV						9. sevoflaxano 2,5 mg IV					
g -												h - sevoflaxano 2,5 mg IV						x - SPPA											
GLICOSE												LÍQUIDOS						CÁNULA - Noso / Oro Faringea						Lanango - Espasmo - Excesso Secre					
NDCC												Noso / Orotrequeal - Cega						Depressão Respiratória - Hipoxia						Hemorragia - Arritmia					
SANGUE												Bal - Tamp - Calibre do Tubo						Bucking - Vômito						Bradí Taquicardia - Choque					
TOTAL 2500 ml												Sub Máscara						Disculpade Técnica											
OPERAÇÃO Teatamento cirúrgico de placa de ferida												TEMPO DE ANESTESIA																	
de ferida												100																	
ANESTESIA Dr. Helder												CÓDIGO Helder Bernardino						CIRURGIÃO Dr. J. da R. M.						PERDA SANGUINEA Sangue patível.					
M. Daniel												RCF 77 CRM RR 1712																	
												Anestesiologista																	

8. Dexometorfano 100 µg IV
9. sevoflaxano 2,5 mg IV
x - SPPA

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

NOME DO PACIENTE		49a	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA		
Sérgio dos Santos Silva			112 - 01	178274	18 / 02 / 2020		
				CIRURGIA			
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO					
<i>Ressecção de fêmur (E)</i>		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL			
		14:29	16:05				
EQUIPE MÉDICA							
CIRURGIÃO	<i>Júlio Montenegro</i>	ANESTESISTA:		<i>Dr Helder</i>			
1º AUXILIAR	<i>Bruno Tigueiredo</i>	RES. ANESTESIA:		<i>R. Daniel</i>			
2º AUXILIAR	<i>R. Marcos / R. Pedro</i>	INSTRUMENTADOR					
CIRCULANTE							
<i>Eliângela / Raimundo</i>							
TIPO DE ANESTESIA: Sedação + Raqui + BF						TEMPO DE DURAÇÃO:	
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS		VALOR	
<input checked="" type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO - 500ml			
<input checked="" type="checkbox"/>	PACOTES GAZE		<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO			
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.0		<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO GLICOSADO			
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.5		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO VICRYL Nº 2-0			
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.0		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO MONONYLON Nº 2-0			
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.5		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº			
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS (P/M/L)		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº			
<input checked="" type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURI Nº 20		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO CATGUT SIMPLES Nº			
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE SUCÇÃO Nº		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO CATGUT CROMADO Nº			
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE TORAX Nº		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO PROLENEN Nº Escova p/ assepsia			
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE PENROSE Nº luvas de vinil (m)	+ 10g	<input checked="" type="checkbox"/>	FIO SEDA Nº Agulha p/ raqui Nº 26			
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 01ML		<input checked="" type="checkbox"/>	SURGICEL Del condutor			
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 03ML Yellow 18		<input checked="" type="checkbox"/>	CERA P/ OSSO Marc. desc.			
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 05 ML		<input checked="" type="checkbox"/>	KIT CATARATA Nº Juros des.			
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 10ML		<input checked="" type="checkbox"/>	GEOFOAM Ataduras Crepe 30cm			
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 20ML	+ 80ml	<input checked="" type="checkbox"/>	FITA CARDIACA PUPP Sópico			
<input checked="" type="checkbox"/>	Eletrôdes	+ 200ml	<input checked="" type="checkbox"/>	OUTROS: Alcool 96% 1l.			
<i>1 Caixa de O2 + 80ml Fluroxidina 2%</i>							
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS						DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE		MATERIAL MEDICAMENTOS			
		<i>Luciano</i>				SUB- TOTAL	
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA		TAXA DE SALA			
				TAXA DE ANESTESIA			
				ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		SOMA	



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS				
Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	Especialidade:	Procedimento Realizado:		
Nome do Paciente: <u>Sérgio dos Santos Silva</u>	IDADE: <u>49 a</u>	SEXO: F () M (X)	Nº do Prontuário <u>178274</u>	Data <u>18/02/2020</u>
Bloco: <u>A</u>	Enfermaria: <u>112</u>	Leito: <u>01</u>	Nº da Sala <u>04</u>	Circulante de Sala: <u>Olívio Angélica Kaimundo</u>
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:				

Cx. Implantes / Instrumentais SDG / SDC

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima (X)		Dados Adicionais:	Marca:
ITEM	DESCRÍÇÃO DO ITEM	QUANT	
01	Placa DCS - 16 furos	01	
02	Parafuso desligante - 76 mm	01	
03	Parafuso Pontual Ø 4,5 - 44 mm	01	
04	" " " - 46 mm	01	
05	" " " - 50 mm	01	
06	" " " - 54 mm	01	
07	Parafuso Esponjoso R. 32 - 65 mm	01	

MÉDICO CIRURGÃO: Ricardo Montenegro

1º AUXILIAR: Bruno Tiguendo

INSTRUMENTADOR:

MÉDICO CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR

INSTRUMENTADOR:

INSTRUMENTADOR:

1 - VIA-FRONTI
2º OPME/CME

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil
Fone: (0xx95) 2121 0637.
E-mail: son.me.har@gmail.com



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Sergio Elias Santos Silveira
Responsável Cirurgião Walter Monteiro +
Bruno Tocantins +

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

Identidade

Sítio Cirúrgico

Procedimento

Consentimento Sim Não

RISCO CRÚRGICO

Aplica Não se Aplica I II

SÍTIO DEMARCADO

Sim Não Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

OXÍMENTO 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 SANGUÍNEA > 500 ml

Não

Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos 

Data 18/02/2020 Assinatura  Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.
 Sim
 Não se aplica

ANTES DA INCISÃO

Anestesista Helcimar +
R. Daniel +

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

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 (). Há alguma preocupação específica em relação ao paciente ().
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente (). 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.

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

- Sim Não Não se Aplica

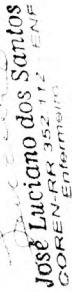
COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)

- Sim Não Não se Aplica

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


José Luciano dos Santos
GORÉN-RK 352-172
Enfermeiro

Assinatura e Carimbo

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

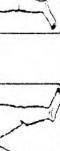


Núcleo de Enfermagem em Internamento da Enfermagem

Protocolo n° 1

Tratamento de Feridas –
HGBR

HGR Hospital Geral de Ribeirão	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1 Paciente: Leito:	Versão:08 S. Silveira 112	Elaborada: 02/2013 Atualizada: 2/2020 Data: 13/03/2010
---	---	---------------------------------------	---------------------------------	--

Localização		Região: MIC		Região: Região F. da Serra	
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <input checked="" type="checkbox"/> Tração Fixador Externo () ortopedia () Outro:	Grau: I () II (<input checked="" type="checkbox"/>)	Grau: I () II (<input checked="" type="checkbox"/>)		
Aparência do Leito	() Necrose; Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros	() Necrose; Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	
Pele Perilesional	(<input checked="" type="checkbox"/>) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Purulento (<input checked="" type="checkbox"/>) Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:		
Tipo de Exsudato	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco		
Quantidade de Exsudato	() Soro Fisiológico 0,9% (<input checked="" type="checkbox"/>) Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:		
Cobertura primária	(<input checked="" type="checkbox"/>) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:				
Troca	() 12/12 (<input checked="" type="checkbox"/>) Diário () 48/48h	() 12/12 (<input checked="" type="checkbox"/>) Diário () 48/48h	() 12/12 (<input checked="" type="checkbox"/>) Diário () 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:					
Observações:					

312-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PREScrição MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	<i>Supr. de S. Fausto</i>				
AGNÓSTICO	<i>PF fund distal</i>				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO		DATA	<i>18/02/10</i>	
ÍTEM	PREScrição				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				<i>SN</i>
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				<i>naudiu</i>
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				<i>SP</i>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				<i>24-02-14</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIÁ				<i>08</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				<i>SP</i>
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				<i>SP</i>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				<i>27-02-14</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				<i>SP</i>
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				<i>24-02-13 18</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				<i>20-08</i>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<i>SP</i>
13	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>Rch 01-01</i>
14	CURATIVO DIÁRIO				<i>Cura 01-01</i>
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

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

EVOLUÇÃO MEDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, ÁFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Pedro de S. Fausto
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-RR 2028

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	TX
12 H				
18 H	111/70	69	22	36
24 H	108/70	90		38

MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

1810 ponto no rosto
 p/ce 55/100 g/m
 nos undos reparo
 06 mprna (902935)

ach PA

Realizado SSVV, VADM
 as mud. CPM. P/centro
 sem queixas, segue com
 cuidados na infecção

CONFIRMADO
 PELA PESQUISA

112-L

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

CONSELHO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/02/2020	DN	
PACIENTE	SERGIO DOS SANTOS SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX DE FEMUR DISTAL ESQUERDO				
ALERGIAS	HAS	DM2			
IDADE	LEITO	<u>112-1</u>	DATA	20/02/2020	
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				3W/D
2	AVP				manh
3	CLINDAMICINA 600MG EV DE 6/6H <i>ONVO</i>				12 18 24 06
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				18 22
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H				12 18 24 06
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				C
7	PLASILI 10MG EV 8/8H S/N				S/N
8	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				S/N
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				S/N
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S/N
11					S/N
12					S/N
13	CURATIVO				curativo
14	SSVV + CCGG 6/6H				metilene
15					S/N
16	<u>SE DIABÉTICO</u> 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				S/N

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS ,
 PROCEDIMENTO CIRURGICO REALIZADO DIA 18/2/20.

SINAIS VITAIS				DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H				
24 H				

112-1



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Sergio dos Santos Silva, 49 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 13/02/2020, COM
DIAGNÓSTICO DE pedras de pressão do lado esquerdo

NO DIA 3/3/2020, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Ressecção da lesão óssea SENDO
OPERADO PELO DR. Vitor Montenegro E DR. Bruno Figueiredo.
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 3/3/2020, AS 10 horas, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 3/13/2020, AS 10 horas, COM O
DR. Vitor Montenegro

ORIENTAÇÕES GERAIS :

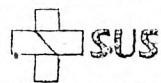
- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

20/3/20

BOA VISTA, 11/03/2020

MÉDICO



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

SUS: 704 608 143 724 527

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

Sergio dos Santos Silva

178274

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

32/08/73

9 - SEXO

MASC

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Anita dos Santos Silva

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

21 3114 6231

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua 8 N° 124 Jardim Tropical

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

Bonfim

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - CONDIÇÕES OLT - JUSTIFICAÇÃO DE INTERNAÇÃO

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAPS ASOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

16/02/23

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



HOSPITAL DAS CLÍNICAS Dr. WILSON FRANCO

RELATÓRIO MÉDICO/NIR DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL GERAL DE RORAIMA/HGR

DATA: 16/02/2020

PACIENTE: SAGIO DOS SANTOS SILVA DN: / /

DIAGNÓSTICO(S): Paciente com febre alta

DIH: / /

KANBAM: Dieta:

EXAMES ADMISSIONAIS (DATA / /): Hb: Ht: Ur: Cr:

Leuc: Seg: Plaquetas:

Na: K: Ca: Cl:

HCO³: PH: BE: PO²: PCO²:

EAS:

CULTURAS (/ /):

IMAGEM

EXAMES DE TRANSFERÊNCIA (DATA / /): Hb: Ht: Ur: Cr:

Leuc: Seg: Plaquetas: Na: K: Ca:

Cl: HCO³: PH: BE: PO²: PCO²:

EAS

IMAGEM

ANTIBIÓTICO

USADO:

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIÓTICO:

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUÍDA

EVOLUÇÃO CLINICA:

Paciente com febre alta
esverdeada, com cirurgia agendada
para o dia 18/02.
Solicitar Reserva de Soro.

Boa Vista, 16 de Março de 2020 de 2020. Hora: 10:00 horas

Dr. MARECIO MARQUES

Médico

CRM 19187 RR

CRM 19118

Assinatura/carimbo do Médico Assistente

Autorização de Transferência para Hospital Geral de Roraima/HGR

Assinatura/carimbo do Médico

CRM 742 / RR

CRM 19187 RR

PEDIDO DE PARECER

Unidade: HC

Nome: SOUZA DOS SANTOS Sônia

Idade: 49 anos

REGISTRO:

Bloco: 3B

Enfermeira: 349

Leito:

U.T.I:

Emergência:

De:

OFTALMOS

Para:

CORAO B&P

Dados Clínicos:

Paciente com Fratura do Fêmur Distal

(15)

Solito Risco Cirúrgico

14/02/2020

Data

Dr. Lidan Alencar
Clínico Geral
CRM 1517

médico

Anal. (R)

Em Anexo

14/02/2020

Data

Luís Antônio Moura de Oliveira
Clínica Médica / Cardiologia
CRM / RR 1550

médico

349

NOME: Burgo dos Santos Silve

IDADE: 49 anos

FATORES DE RISCO	PTS
Idade acima de 70 anos	5
IAM há menos de 6 meses	10
B3 ou Estase Jugular	11
Importante Estenose Aórtica	3
Eletrocardiograma:	7
- Ritmo não sinusal ou ESSV	()
- Mais de 5 ESV em qualquer momento antes da cirurgia	()
Estado geral e laboratorial:	3
- $\text{PO}_2 < 60$ ou $\text{PCO}_2 > 50$	()
- $\text{K} < 3 \text{ mEq/L}$	()
- $\text{HCO}_3 < 20 \text{ mEq/L}$	()
- Uréia > 100mg/dl ou Creatinina > 3mg/dl	()
- AST anormal	()
- Paciente acamado por causa não cardíaca	()
Cirurgia Intraperitoneal, Intratorácica ou Aórtica	3
Cirurgia de Emergência	4

CLASSE	RISCO DE COMPLICAÇÃO	RISCO DE ÓBITO
I (0-5pts)	0,7%	0,2%
II (6-12pts)	5,0%	2,0%
III (13-24pts)	11%	17%
IV (>25pts)	22%	56%

H.D.A: fretume límen distal

H.P.P.: Doce MPS ou DM

Cirurgias prévias: múltiplas

↑ adaga

H.FAM.: mão MPS

Tabagismo: φ

Etilismo: never

Exame físico: Impresso

A.C.: ROR ST BNF SI normais

PA: 110 x 80 mmHg FC: 70 bpm FR: 20 irpm

Exames Laboratoriais:

- Hb 10,4 g/dl; Ht 35 %; Leucócitos 6.730 PLT 452.000

- TC - TS - TAP 6,9 INR 0,5

- Glicose: - Uréia: 26 Creat: 0,9 TGO: - TGP: -

27/03/2020

Radiografia de Tórax: ILT OS

ECG: PS, ST (N)

Comentários: Jardim I.

Boa Vista/RR, 14/03/2020

Luis Amélia Moura de Oliveira
Clínica Médica / Cardiologia
CEP: 69.316-715 - Boa Vista/RR

Assinatura

Paciente: Sergio Dos Santos Silva	Sexo: Masculino	Nasc: 31/08/1970	Idade: 49 ANO
Solicitação: 70015869	Número Interno:		
Origem: HC	Solicitante:		
Data de Emissão: 27/01/2020 12:08	Setor: BLOCO 3B	Leito: 349	
	Recebimento:		

Amostra: 7001586903

Resultado de Exame

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

LEUCOGRAMA

	Resultado	Referência
LEUCÓCITOS	$6,73 \times 10^3/\mu\text{L}$	4.0 - 10.0 $\times 10^3/\mu\text{L}$
NEUTRÓFILOS	66,6 %	50.0 - 70.0 %
LINFÓCITOS	20,1 %	20.0 - 40.0 %
MONÓCITOS	8,6 %	3.0 - 12.0 %
EOSINÓFILOS	3,5 %	0.5 - 5.0 %
BASÓFILOS	1,2 %	0.0 - 1.0 %

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	$3,24 \times 10^6/\mu\text{L}$	4.32 - 5.52 $\times 10^6/\mu\text{L}$
HEMOGLOBINA	10,40 g/dL	13.5 - 18.0 g/dL
HEMATÓCRITO	31,00 %	40.0 - 50.0 %
VCM	95,60 ug/L	87.0 - 103.0 ug/L
HCM	32,10 pg	27.0 - 34.0 pg
CHCM	33,60 g/dL	32.0 - 37.0 g/dL
RDW CV	10,60 %	11.0 - 16.0 %
RDW SD	42,90 fL	35.0 - 56.0 fL

PLAQUETOGRAMA

PLAQUETAS	$412,00 \times 10^3/\mu\text{L}$	150.0 - 400.0 $\times 10^3/\mu\text{L}$
VPM	7,80 fL	6.5 - 12.0 fL
DP	15,70	9.0 - 17.0
PCT	0,321 %	1.08 - 2.82 %

Ana Karina S. Moura
Farmacêutica/Bioquímica
CRF/RR 523

Responsável Técnico: Rosemíriam Izabel Moscato - Farmacêutica/ Bioquímica - CRF - RR 245/09
Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

16/02/2020 08:05

(*) Retificado

Página 1 de 1

Paciente: Sergio Dos Santos Silva

Solicitação: 70015869 Número Interno:

Origem: HC

Data de Emissão: 27/01/2020 12:08

Sexo: Masculino

Nasc: 31/08/1970

Idade: 49 ANO

Sclicitante:

Setor: BLOCO 3B

Leito: 349

Recebimento:

Resultado de Exame

Amostra: 7001586903

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

LEUCOGRAMA

	Resultado	Referência
LEUCÓCITOS	$6,73 \times 10^3/\mu\text{L}$	4.0 - 10.0 $\times 10^3/\mu\text{L}$
NEUTRÓFILOS	66,6 %	50.0 - 70.0 %
LINFÓCITOS	20,1 %	20.0 - 40.0 %
MONÓCITOS	8,6 %	3.0 - 12.0 %
EOSINÓFILOS	3,5 %	0.5 - 5.0 %
BASÓFILOS	1,2 %	0.0 - 1.0 %

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	$3,24 \times 10^6/\mu\text{L}$	4.32 - 5.52 $\times 10^6/\mu\text{L}$
HEMOGLOBINA	10,40 g/dL	13.5 - 18.0 g/dL
HEMATÓCRITO	31,00 %	40.0 - 50.0 %
VCM	95,60 ug/L	87.0 - 103.0 ug/L
HCM	32,10 pg	27.0 - 34.0 pg
CHCM	33,60 g/dL	32.0 - 37.0 g/dL
RDW CV	10,60 %	11.0 - 16.0 %
RDW SD	42,90 fL	35.0 - 56.0 fL

PLAQUETOGRAMA

PLAQUETAS	$412,00 \times 10^3/\mu\text{L}$	150.0 - 400.0 $\times 10^3/\mu\text{L}$
VPM	7,80 fL	6.5 - 12.0 fL
DP	15,70	9.0 - 17.0
PCT	0,321 %	1.08 - 2.82 %

Ana Karina S. Moura
Farmacêutica/Bioquímica
CRF/RR 523

Responsável Técnico: Rosemiriam Izabel Moscato - Farmacêutica/ Bioquímica - CRF - IRR 245/09

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

16/02/2020 08:05

(*) Retificado

Página 1 de 1



Paciente: Sergio Dos Santos Silva

Solicitação: 70015869

Número Interno:

Origem: HC

Data de Emissão: 27/01/2020 12:08

Sexo: Masculino

Nasc: 31/08/1970

Idade: 49 ANO

Solicitante:

Setor: BLOCO 3B

Leito: 349

Recebimento:

Amostra: 7001586902

Resultado de Exame

DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO

Métodologia: M11 - Cinético Picrato Alcalino

CREATININA

Resultado

0,97 mg/dL

Referência

Sem Referência

Notas

A creatinina deve ser analisada preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda se um jejum mínimo de 4 horas.

DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO

Métodologia: M17 - Cinético Uv (urease)

URÉIA

Resultado

26,27 mg/dL

Referência

15.0 - 40.0 mg/dL

ana karina s. moura
Ana Karina S. Moura
Farmacêutica/Bioquímica
CRF/RR 523

Responsável Técnico: Rosemíriam Izabel Moscato - Farmacêutica/ Bioquímica - CRF - RR 245/08
Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

16/02/2020 08:05

(*) Retificado

Página 1 de 1



Paciente: Sergio Dos Santos Silva

Solicitação: 70015869

Número Interno:

Origem: HC

Data de Emissão: 27/01/2020 12:08

Sexo: Masculino

Nasc: 31/08/1970

Idade: 49 ANO

Solicitante:

Setor: BLOCO 3B

Leito: 349

Recebimento:

Amostra: 7001586901

Resultado de Exame

COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: PLASMA

Métodologia: M33 - Automatizado (destiny Plus)

TEMPO DE PROTROMBINA

Resultado

Referência

6,9 seg

10,0 - 14,0 seg

RNI

0,57

0,8 - 1,2

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA

43,8 seg

25,0 - 39,0 seg

RATIO

-

0,0 - 1,25

ATIVIDADE DE PROTROMBINA

100 %

70,0 - 100,0 %

Notas

O Núcleo de Laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios do coagulograma e por essa razão não pode garantir a etapa pré-analítica.

Amostras coletadas sob circunstância estressantes ou não conformes podem produzir resultados não coerentes com a clínica do paciente.

Ana Karina S. Moura
Farmacêutica/Bioquímica
CRF/RR 523

Responsável Técnico: Rosemiriam Izabel Moscato - Farmacêutica/ Bioquímica - CRF - RR 245/09
Obs. Liberação do resultado mediante senha pessoal

16/02/2020 08:05

(*) Retificado
Página 1 de 1

E



SERGIO DOS SANTOS SILVA

2702

HOSPITAL CORONEL MOTA

Fabiola Castro

E



SERGIO DOS SANTOS SILVA

3773

HOSPITAL CORONEL MOTA

Fabiola Castro