

# ITAÚ - 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: 451.874.791-72 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: Sergio dos Santos Silva

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

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

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

17 - Nome completo do Representante Legal:  
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:  
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)  
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 8526 CONTA: 301596  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - 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 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Curitiba RR 18 de Junho de 2020

X Sergio dos Santos Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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

**AUTENTICAÇÃO**  
 Certifico e dou fé, que a presente fotocópia  
 é a reprodução fiel do Original.  
 Boa Vista, 30 de Maio de 2020

Assinatura  
 Nº: 00006602/2020

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

**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



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

Fls: 2  
Visto:   
Certifico e dou fé, que a presente fotocópia  
é a reprodução fiel do Original.  
Boa Vista, 20 de Junho de 2020  
Assinatura

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00006602/2020

RG: 196530

CPF: 181.193.871-04

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua 08

Complemento: Casa

Bairro: Jardim Tropical

Telefone: (95) 98114-1995 (Celular)

Nº: 174

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

<b>Grupo Veículo</b>	<b>Subgrupo</b> Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
<b>CPF/CNPJ do Proprietário</b> 04.819.323/0004-05	<b>Placa</b> NAQ-6455
<b>Renavam</b> 01152146634	<b>Número do Motor</b> CSE301339
<b>Número do Chassi</b> 9BWAG45U6JT152311	<b>Ano/Modelo Fabricação</b> 2018/2018
<b>Cor</b> BRANCA	<b>UF Veículo</b> RR
<b>Município Veículo</b> Boa Vista/RR	<b>Marca/Modelo</b> VW/NOVO GOL TL MCV
<b>Modelo</b> VW/NOVO GOL TL MCV	<b>Veículo Adulterado?</b> Não
<b>Quantidade</b> 1 Unidade	<b>Situação</b> Meio Empregado
<b>Nome Envolvido</b>	<b>Envolvimentos</b>
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 pés em cima da calçada, empurrando o seu carrinho de suco, Que o veículo devidamente descrito acima, subiu na calçada e colidiu em SÉRGIO, lhe causando lesões corporais e danificando-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 a 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 nenhum existe, ou seja, sumiu/desapareceu. Que a comunicante tem vídeos do momento do resgate de SÉRGIO na qual aparece imagens do motorista ocasionador. Que a 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 poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



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

**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 <b>703494</b>	MÊS <b>03/2020</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 552,25</b>
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059



---

**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

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

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://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 | Ins. Estadual: 24.007.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

0114139-2

Nº da Nota Fiscal 4342893

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

MARCO/2020 06/04/2020  
ANITA MEUCIA DOS SANTOS  
R. OS 174 JARDIM TROPICAL  
CEP: 69.114-615 - BOA VISTA

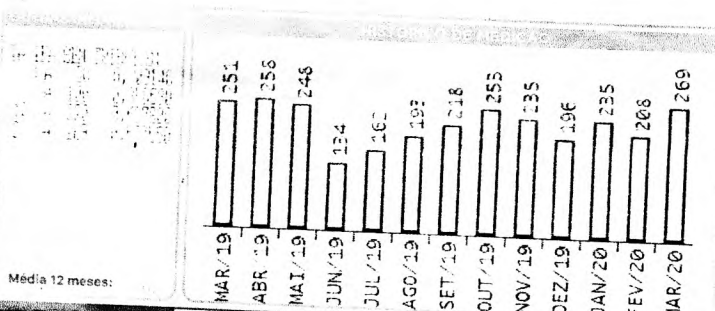
269 183,36  
CPF: 00018119387104

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 1538	Atual: 06/04/2020	Grupo/Subgrupo: 1.6.1.2
Anterior: 1442	Anterior: 18/03/2020	Classe/Subclasse: RESID. EX. REND.
Dias de consumo: 20	Próxima leitura: 06/04/2020	Ligação: BIPHASICA
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 18/03/2020	Número Medidor: 112100009
Consumo medido: 206	Apresentação: 06/04/2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 206		Modalidade: H 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	
		0,06
		0,75
		0,03
		2,22
		0,14
		25,27

SOLICITAÇÃO BAIXA RENDA  
CORREÇÃO MONETÁRIA IG 02/20-00  
MULTA POR ATRASO DE 1 02/20-00  
JÚROS DE MORA POR ATR 02/20-00  
MULTA POR ATRASO 02/20-00  
JÚROS DE MORA DE IMPO 02/20-00  
ILUMINAÇÃO PÚBLICA



#### MENSAGENS IMPORTANTES

#### REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 0800-015120 E FAÇA O PAGAMENTO 16.11.16.11.26  
Parabéns! Até o dia 19/03/2020, não constatamos faturas vencidas nesta Unidade Consumidora.

#### RESERVADO AO FISCO

013A-2379-C05F-FBD9-1D1C-6FC6-F2AD-F839

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		
Energia:	85,76	Encargos:	4,74	Base de Cálculo:	ALÍQUOTA	VALOR
Transmissão:	0,00	Tributos:	29,70	ICMS:	17,00%	26,33
				PIS:	0,39%	0,99
				COFINS:	1,75%	2,78

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
DIC			PIC			DMC	
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
3,35	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82	
Realizado	0,62		1,00			0,62	
Conjunto	DISTRITO						
Período de apuração: 01/2020						EUSD: 49,32	

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE :

NOME: Geraão dos Santos Silva  
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro  
PROFISSÃO: Gerente Geral RG: 86648  
CPF: 451.874.791-72 ENDEREÇO: Rua 28 173  
BAIRRO: Jardim Tropical CIDADE: Boa Vista  
CEP: 69.314-615

VÍTIMA: Geraão dos Santos Silva  
CPF: 451.874.791-72 DATA DO ACIDENTE: \_\_\_\_\_  
NATUREZA: ( ) DAMS (X) INVALIDEZ ( ) MORTE

### OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves Franco  
NACIONALIDADE: Brasileiro  
ESTADO CIVIL: casado  
PROFISSÃO: autônomo  
Nº DO RG: 239714 ÓRGÃO EMISSOR: SSP-RR  
DATA DE EMISSÃO: 13-10-16  
Nº CPF: 825.396.343-20  
ENDEREÇO: Rua CC 11 294 Loura 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.

Boa Vista RR, 18 de Maio de 20 20

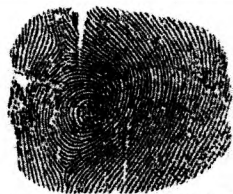
Sergio dos Santos Silva  
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Polegar Direito



*William Gonçalves Franco*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA 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

DATA DE NASCIMENTO

**SANTA INÊS - MA**

**09/12/1978**

DOC. ORIGEM

**CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35**

**2 OF BOA VISTA - RR**

**825.396.343-20**

**AMADEU ROCHA TRIANI**

Perito Papiloscópico do Polícia Civil  
Diretor do SDC

**2 VIA**

P. 1

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 86646 DATA DE EXPEDIÇÃO 30/06/2008

NOME **SERGIO DOS SANTOS SILVA**

FILIAÇÃO  
**EROS BARBOSA SILVA**  
**ANITA DOS SANTOS SILVA**

NATURALIDADE **BARRA DO GARÇAS - MT** DATA DE NASCIMENTO **31/08/1970**

DOC. ORIGEM  
**CERTIDÃO CAS AVERB. SEPARAÇÃO 12883 FLS 173 LIV B-49**  
**4 OF GOIÂNIA - GO**

CPF **451.874.791-72**  
**2 VIA**

*Rita de Cássia Coelho de Araújo*  
 Diretora do ITOC

LEI Nº 7.116 DE 29/09/83

P 1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direto 

*Sergio dos Santos Silva*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0190473/20

**Vítima:** SERGIO DOS SANTOS SILVA

**CPF:** 451.874.791-72

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 18/01/2020

**Titular do CPF:** SERGIO DOS SANTOS SILVA

**CPF de:** Próprio

## 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](http://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](http://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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

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 Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 451.874.791 / 72

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Sergio dos Santos Silva

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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua CC 11</u>		Número: <u>294</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Louza Moreira</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>	CEP: <u>69.318-050</u>
E-mail: <u>W.Franco992@gmail.com</u>			Tel. (DDD): <u>9911 3-3855</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

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 18/01/2020

**Titular do CPF:** SERGIO DOS SANTOS SILVA

**CPF de:** Próprio

## 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](http://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

18/01/2020

Guia de Atendimento 17

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
Secretaria de Estado da Saúde  
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308.

1ª Classificação

Reclassificação  
☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

Reclassificação

Reclassificação  
☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

Reclassificação

Reclassificação  
☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

2001210848 18/01/2020 16:51:24 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 29

Paciente **SERGIO DOS SANTOS SILVA** Data Nascimento **31/08/1970** Idade **49 A 4 M 18 D** CNS **45187479172** CPF **45187479172** Prontuário

Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo **M** Estado Civil **PARDA** Naturalidade **BRASILEIRA**

Mãe **ANITA DOS SANTOS SILVA** Pai **NI** Contato **(95) 98114-6230**

Endereço **RUA - 8 - 174 - JARDIM TROPICAL - BOA VISTA - RR** Ocupação **NÃO INFORMADA**

Class. de Risco Plano Convênio **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal

Motivo do Atendimento **ATROPELAMENTO** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão

Setor **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada **SAMU CAPITAL** Procedimento Sol. Registrado por: **LEANDRO**

Doença Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6 TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

*Pct Velocidade acidente MOTO + CARRO (500)*

Exame Físico

*DR e TNE (E)*

Hipótese Diagnóstica

*F+ Leno (E)*

SADT - Exames Complementares

☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PREScrição

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Condução

☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatorio ☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h) ☐ Alta a Revelia ☐ Internação ☐ Transferência para: *Ortopedia* Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica / /

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: leandro

Data Hora: 18/01/2020 16:56:42

10.102.5.252:8888/IS4/IS4/BF9848DE-76F4-4EAC-999D-5405205CBA9B.html

2001210848

9/1

Interpedis

Dr. Moore

Pode-se dizer a América do ocidente  
com muitos com guelros de dor  
em casa E.

no Rio Apurimac feito em  
ferro e em espiral de metal

Q2 Intermoscow per major  
moscow circuit.

Dr. Augusto Cavalcante  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR-1964.



EQUIPE SAMU BV		UNIDADE		EQUIPE		SAMU 192	
Paciente: Sireu dos Santos Silva		Idade: 69 anos		Sexo: M			
Nacionalidade: Brasileira		Raça: Branca [ ] Negra [ ] Parda [ ] Amarela [ ] Indígena-Etnia [ ]					
Endereço: Av. Gláucio de Paula		Bairro: Centro					
Nº 1018	DATA 18/01/2020	HORA J/9: 15:32	BASE ( ) VIA X	RADIO			
Médico (a) Regulador (a): Dr. F. Lison		HORA J/10: 15:39		( ) CELULAR			
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora (X)		1 a 3 horas ( )	4 a 24 horas ( )	Mais de 24 horas ( )		Não sabe ( )	
TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA							
<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito <input type="checkbox"/> Agressão física / espancamento <input type="checkbox"/> Agressão física - FAF <input type="checkbox"/> Agressão física - FAB <input type="checkbox"/> Urgência psiquiátrica <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Choque elétrico <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Urgência clínica <input type="checkbox"/> Urgência obstétrica <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Exame complementar <input type="checkbox"/> Outros							
ACIDENTE DE TRÂNSITO							
VITIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO		OUTRA PARTE ENVOLVIDA		ITEMS DE SEGURANÇA		
<input checked="" type="checkbox"/> Pedestre <input checked="" type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> A pé <input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Motocicleta <input checked="" type="checkbox"/> Bicicleta		<input checked="" type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Micro-ônibus <input type="checkbox"/> Outro		<input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Assento para criança		
VIAS AÉREAS							
<input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Outro:		VENTILAÇÃO		CIRCULAÇÃO		AVÁL NEURONAL	
		<input type="checkbox"/> Eupneica <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Taquipneia		<input type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Pulso radial ausente <input type="checkbox"/> Pulso central ausente <input type="checkbox"/> Cianose central		<input type="checkbox"/> Miase <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado <input type="checkbox"/> Agitação psicomotora	
SINAIS VITAIS ESCORES							
Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O <sub>2</sub> %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"
Início 15:54	100 x 70	101	/	97%	/	/	/
Fim 16:10	100 x 60	100	/	97%	/	/	/
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA							
LESÃO IDENTIFICADA		ABERTURA ORAL				RESPOSTA VERBAL	
1 - Dor 2 - Hematoma 3 - Contusão 4 - Escoriação 5 - Laceração 6 - Luxação 7 - Fratura fechada 8 - Fratura exposta 9 - Amputação 10 - Eviscação 11 - Afundamento de crânio 12 - Ferimento penetrante 13 - Tórax instável 14 - Enfisema subcutâneo 15 - Ferida aspirativa 16 - Empalamento 17 - Outros						<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ao comando <input type="checkbox"/> À dor <input type="checkbox"/> Sem resposta	
		RESPOSTA MOTORA				RESPOSTA VERBAL	
		<input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> Sem resposta				<input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos <input type="checkbox"/> Localiza a dor <input type="checkbox"/> Movimento de retirada <input type="checkbox"/> Flexão anormal <input type="checkbox"/> Extensão anormal <input type="checkbox"/> Sem resposta	
AVALIAÇÃO CARDIACA							
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal <input type="checkbox"/> Flutter Atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial		<input type="checkbox"/> FV <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> AESP <input type="checkbox"/> Assistolia		<input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Digestiva		<input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Infeciosa <input checked="" type="checkbox"/> Malúcula	
HISTÓRIA REGRASS							
GRAVIDADE GONPROVADA		[ ] Iliso		[ ] Pequena		[ ] Média	
						[ ] Severa	
						[ ] Óbito	
Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)							
Dr. Fernando André Martins Ferreira Cirurgião Oncológico de Cabeça e Pescoço CRM-RR: 1643							
INCIDENTES							
<input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento <input type="checkbox"/> Não se encaixava no local <input type="checkbox"/> Trote							
MEIOS ADOTADOS							
<input type="checkbox"/> Polícia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> SMTRAN <input type="checkbox"/> PRF							
BOMBEIRO							
<input type="checkbox"/> Bombeiro <input type="checkbox"/> Outros:							
RCP							
<input type="checkbox"/> Iniciada as: <input type="checkbox"/> Término às: <input type="checkbox"/> RCP com sucesso							

PERTENÇA DO PACIENTE	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSA	<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: RG: _____
	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"/> Cânula de Guegel <input type="checkbox"/> Cateter nasal: ____ L/min <input type="checkbox"/> Máscara facial: ____ L/min <input type="checkbox"/> Bolsa-valva-máscara: ____ L/min <input type="checkbox"/> Intubação orotraqueal <input type="checkbox"/> Acesso venoso Gelco n° ____	<input type="checkbox"/> Máscara laríngea <input type="checkbox"/> Guia de introdução Bougie <input type="checkbox"/> Cricotireostomia cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Oximetria <input type="checkbox"/> Dreno de tórax <input type="checkbox"/> Descompressão torácica <input type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp n° ____	<input type="checkbox"/> Monitorização cardíaca <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Headblock <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa <input checked="" type="checkbox"/> Tirantes <input type="checkbox"/> KED <input type="checkbox"/> Acesso intraósseo	<input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de fraturas <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Parto vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea de emergência <input type="checkbox"/> Imobilização de luxação <input type="checkbox"/> Outros:
MEDICAMENTOS PRESCRITOS			
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
RL 500 ml	500 ml	EV	16:40

INSUMOS UTILIZADOS NA OCORRÊNCIA			
18.01.2020			

- 06 prais de Lunda proc. P
- 06 prais de Lunda proc. G
- 02 máscaras descart
- 03 ataduras de 20cm
- 01 atadura de 08 cm
- 01 jélo 18
- 01 Equipamento macio
- Enxovalado
- RL 500 ml

OBSERVAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS	
18.01.2020	<p>- Periclitamente fi o consumo de materialização framatiaa</p> <p>- Cerebros de exaro/Bicicleta Ambulante)</p> <p>- Ao chegarmos a encerra tramo em solo, um sentido de 19,</p> <p>- (preço m. LOTE, que no apurmoa (res o conduto da Bicicleta Ambulante,</p> <p>- m-tima encontrara-se em UH4, apresentando fratura fi</p> <p>- chande de Fum (E), foi (realizado imobilização, pro</p> <p>- tovelo de tramo, e (perdo SSV,</p> <p>- Realizado A/P, m-tima encontrara-se a tramo</p> <p>- com firme Cruzados 192.</p> <p>Manivalda Lopes</p> <p>Téc. Enfermeiras</p> <p>1909 519-765</p>





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, 16/3/20, COM  
DIAGNÓSTICO DE fratura de fêmur distal esquerdo  
NO DIA 18/3/20, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
osteossíntese de fêmur distal E SENDO  
OPERADO PELO DR. Vitor Montenegro E DR. Bruno Figueiredo.  
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 20/3/20, ÀS 10h30, EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 3/4/20, ÀS 7h00, 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, 1 / 1 / 1

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 do Santos Silva</i>			
DIAGNÓSTICO: <i>fratura de fêmur</i>			
ALERGIAS: <i>neg</i>			
IDADE: <i>49</i>		HAS LEITO	DM2 DATA
			<i>18/01/20</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE	S.N.	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	manhã	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	S.N.	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	<i>18 24 06 12</i>	
5	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA	S.N.	
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	S.N.	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN		
10	<i>Tramal 20mg EV de 12/12h</i>	<i>18 06</i>	
11	<i>Clonazepam 40mg SC 1x/dia</i>	<i>20</i>	
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 mmHg		
20	SSVV + CCGG 6/6 H		
21	CURATIVO DIÁRIO		

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, EM USO DE TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA, SEM  
QUEIXAS ALGICAS.

4 SOLICITADO:

# CONDUTA:

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

# PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS				
6 H	110x PA 50	96	FR	35.5
12 H				
18 H				
24 H	120x PA	96		36.3

MÉDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

20:20h PA: ?

TAX: 37.1°C




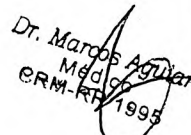
FC: 76 bpm

FR: 18 rpm

*Naite Paciente foi admitido a  
21h - Pd. m. com + sang*

*Maria Márcia L. Azeiteiro*  
Auxiliar de Enfermagem  
CORENRR nº 10.101

208-1

 <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>						 	
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>							
DATA DE ADMISSÃO		DIH		18/01/20.		DN	
PACIENTE <b>SERGIO DOS SANTOS SILVA</b>							
AGNÓSTICO <b>FX FEMUR E</b>							
ALERGIAS		HAS		NEGA		DM2	
IDADE		LEITO		101-1		DATA	
ITEM		PRESCRIÇÃO				HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE				SND		
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				MANTER		
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H SN				SND		
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN				SND		
5	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				SND		
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA				SND		
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				SND		
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				SND		
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SND		
10	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN				SND		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SND		
17	SSVV + CCGG 6/6 H				SND		
18	CURATIVO DIÁRIO				SND		
19							
20							
21							
<b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:</b> 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							
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b> # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EÚPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITADO: # CONDUTA: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:							
<div style="text-align: right;">   <b>Dr. Marcos Aguiar</b>          Médico          CRM-RR 1993       </div>							
<b>SINAIS VITAIS</b>					DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO MEDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM -RR 2028		
6 H	PA	FC	FR	T			
12 H	97x69	89	-	36,5			
18 H	105x70	86	20	36,5			
24 H	105/63	82		36,2			

06:00hs PA=102/63  
 FC=79  
 T= 36,5  
 medicamentos e SSVV  
 li. p. m

**Márcia Sampaio Ferreira**  
 COREN-RR 754419 TE



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

HGR



DATA DE ADMISSÃO	DIH	18/01/20	DN
PACIENTE	SERGIO DOS SANTOS SILVA		
AGNÓSTICO	FX FEMUR E		
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO	101-1	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		1X/D
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		Manter
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		S/N
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA		S/N
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4		S/N
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA		S/N
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		Realizar
18	CURATIVO DIÁRIO		Realizar
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:

Antonia Rodrigues  
Técnico em Enfermagem  
COREN-RR 784.228 TE

07/01/20

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	121/60	72	-
18 H	108/60	91	-
24 H	130/60	84	-

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO  
MÉDICO RESIDENTE  
ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM - RR 2028

06/01/20 170 86 36

6/1/20 Administração  
medicamentos com  
perfusão SSVV  
curativos gerais

Lourdes A. dos Santos  
Téc. Enf.  
04/01/20





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				
DIAGNÓSTICO	FX. FEMUR E				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	101-1	DATA	21/01/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACÊSSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H SN				SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN				
5	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				
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				
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				Retina
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:

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	110/60	82	36,5
18 H	130/80	94	35,2
24 H	117/63	90	36,9

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

Jacqueline Vieira de Aguiar  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RR 54997-TE

18:00 pct no leito, agido e SSVV  
segue aos cuidados da Enf  
Guise

Plantão das 19:00h às 7:00h Paciente  
no leito. Adm. M.C.P.M. Aferido SSVY

*Tereza*  
Tereza de Jesus P. da Silv  
COREN-RR 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
IDADE	LEITO	101-1	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO		
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H SN		SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN		
5	CLEXANE 40MG SC 1X DIA		
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 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		AG
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		Relina
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:  
# CONDUITA: MANTIDA  
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
# PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	Temp
12 H	106x72	67		36°C
18 H	120x80	93		36,4°C
24 H	130x80	83		36,8°C

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

07-13h - Paciente acordado, higienizado,  
às 12h verificado SSVV, sem medicação  
c/ o horário. Sem queixas, segue  
aos cuidados da equipe. Tec. Enf. Kenany

VB5: Afobico do dia 5  
PA 120x80 FC 92 T=36,5

Coren-rr  
1248368

18:00 pct no leito sem queixas,  
afetado os SSVV e segue aos  
cuidados da Enf  
quise




VBS: Assim como dia 23/01/20, o paciente no lito medicação  
e P<sub>m</sub> 1 sem intercorrência e segue as cuidados da Inf  
mação foras

---

Dr. Carlos Augusto  
Apoio de Enfermagem  
C.R.E.N. - RP 000 461 072



101-1

 <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>						 	
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>							
DATA DE ADMISSÃO		DIH		18/01/20.		DN	
<b>PACIENTE</b> SERGIO DOS SANTOS SILVA							
<b>AGNÓSTICO</b> FX FEMUR E							
ALERGIAS		HAS		NEGA		DM2	
IDADE		LEITO		101-1		DATA	
						23/01/2020	
ÍTEM		PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1		DIETA ORAL LIVRE					
2		ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					
3		SF 0,9% 500ML EV 12/12H SN					
4		DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN					
5		CLEXANE 40MG SC 1X DIA					
6		TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA					
7		NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4					
8		OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA					
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					
17		SSVV + CCGG 6/6 H					
18		CURATIVO DIÁRIO					
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							
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b> # 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:							
<b>SINAIS VITAIS</b>							
6 H	PA	FC	FR				
12 H	140/77	93	-	36			
18 H							
24 H							
				DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO MEDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM - RR 2028			

12h. Afendo SSV, sem  
 febre durante o  
 plantão.

Jacqueline Vieira de Aguiar  
 Técnica de Enfermagem  
 COREN/RR 54997-TE





# HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

## TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/WILSON FRANCO - **HC**

Eu Sergio dos Santos Silva CPFn° \_\_\_\_\_

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

Declaro que:

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

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

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

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

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

Boa Vista, 22 de Janeiro de 2020.

Assinatura do paciente:

Responsável:

1) Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

CPFn°: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

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

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

Boa Vista, 22 de 01 de 2020. Hora: 10:00

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM

1104, 01

Dr. André Pintas Marcollo  
Médico  
CRM-RR 1904



# HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

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

DATA: 22/01/20  
PACIENTE: Guigo dos Santos DN: 1/1/  
DIAGNOSTICO(S):

DIH: 1/1/  
KANBAM:  Dieta:   
EXAMES ADMISSORAIS (DATA 1/1/): Hb:  Ht:  Ur:  Cr:   
Leuc:  Seg:  Plaquetas:   
Na:  K:  Ca:  Cl:   
HCO<sub>3</sub>:  PH:  BE:  PO<sub>2</sub>:  PCO<sub>2</sub>:   
EAS:   
CULTURAS (1/1/):

IMAGEM   
EXAMES DE TRANSFERENCIA (DATA 1/1/): Hb:  Ht:  Ur:  Cr:   
Leuc:  Seg:  Plaquetas:  Na:  K:  Ca:   
Cl:  HCO<sub>3</sub>:  PH:  BE:  PO<sub>2</sub>:  PCO<sub>2</sub>:   
EAS   
IMAGEM

ANTIBIOTICO  
USADO:   
JUSTIFICATIVA DE  
ANTIBIOTICO:   
EXAMES/PROCEDIEMTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUIDA:

EVOLUÇÃO CLÍNICA:  
Paciente com Fx fevra aguda de  
Cx programada p/ 18/02/20

Bos Vitor de F. F. F. F.  
Dr. Pedro de F. F. F. F.  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2028

de 20 20 Hora:

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

CRM 1

Assinatura/carimbo do Médico Regulator

CRM 1



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

NIR

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

NIR

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Sergio das Santos Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

178279

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

31/8/70

Masc. ☒

Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Adriana Das Santos Silva

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R: 8, 174 Jardim Tropical

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

RR

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente apresenta sinais de acidente de trânsito causados por queda em terra e quedas em espal. vital.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As Acima

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

Rx + exame físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

1º grau E

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Internação

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

( ) CNS

( ) CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Dr. [Assinatura]

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

( ) CNS

( ) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

18/11/20

0308010019

1068

5773

17299



BLOCO A

Atto 20/02/2020

12-1

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

SUS 704 608 143 784 527

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Sergio dos Santos Silva

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

704160811437814151217

8 - DATA DE NASCIMENTO

31/08/70

6 - N° DO PRONTUÁRIO

178274

9 - SEXO

MASC.

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Anita dos Santos Silva

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua 8 N° 174 Jardim Tropical

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bao Verde

11 - TELEFONE DE CONTATO

915 8121141612130

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

14000

15 - UF

PA

16 - CEP

00000000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES CLÍNICAS DE INTERNAÇÃO

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 TERCIÁRIO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

( ) CNS ( ) CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE E ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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 - CBO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

( ) CNS

( ) CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

112-01

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	SERGIO DOS SANTOS SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX 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 DIÁRIO sn				SN
12	SIMETICONA 40 GTS VO 8/8H				14 22 06
14	transferir ao HGR				
15					
16					
17					
18					
19					
20					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

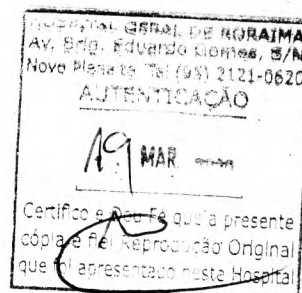
DR MARCUS BRUNNER  
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES  
CRM 1918

SINAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H	90/75	70		36.1
12 H	130x70	84	-	36.6
18 H	120x70	82		36.2
24 H	100/70	73		36.0

06h. Paciente no leito, sem queixas. Verificada SSVV, segue aos cuidados da enfermagem.

Dr. Sérgio Ferreira Diniz  
COREN-RR 876.889-TE



112.1



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
Tribuna de Justiça do Estado 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
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3					
4					
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11					
12					
13	CURATIVO				
14	SSVV + CCGG 6/6H				
15					
16	<p><b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: <b>2UI</b>; 251-300: <b>4UI</b>; 301-350: <b>6UI</b>; 351-400: <b>8UI</b>; ≥ 400: <b>10 UI</b> E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS,  
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PROGRAMADO PARA DIA 18/2/20.

*Sol. de dor real no de  
somente*

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brig. Eduardo Gomes, 8/H  
Cidade Planalto - Tel: (65) 2121-0520  
AUTENTICAÇÃO  
19 MAR 2020  
Certifico que a presente  
cópia é verdadeira e fiel ao Original  
que foi apresentado neste Hospital

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	137 x 83	69	
18 H	122 x 87	77	35,6 °C
24 H	120 x 70	75	

DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-  
RR/1964  
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA


*42.1. Relatado pelo médico  
para o médico responsável  
sem alterações*

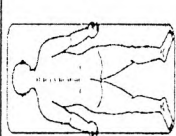
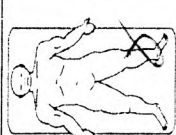
*Tudo isso SSVV  
cuidados gerais  
feitos  
sem queixas*

Greuzilane Melo de Souza  
COREN-RR 292.369-TE



# EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Tratamento de Feridas – HGR	Paciente: <u>Sergio dos Santos</u>			
	Leito: <u>112-1</u>	Data: <u>17/02/2020</u>			

		Região: <u>MI</u>	Região: _____
		Grau: I (X) II ( )	Grau: I ( ) II ( )
LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular Trauma: (X) Tração ( ) Fixador Externo ( ) ortopedia Outro: _____		LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo ( ) ortopedia Outro: _____	
(X) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros _____		( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____	
(X) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: _____		( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: _____	
( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo (X) Seco ( ) Outro: _____		( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: _____	
( ) Molhado ( ) Úmido (X) Seco		( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	
(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%		( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	
(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____		( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____	
( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h		( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h	
Profissional que realizou procedimento: <u>[Assinatura]</u>		Profissional que realizou procedimento: <u>[Assinatura]</u>	
Observações: _____			

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
 AV. BHP, Eduardo Gomes, S/N  
 Novo Planalto Tel: (65) 2121-0620  
 19 MAR 2020  
 Certificação de Autenticidade  
 cópia e nel Reprodução Original  
 que foi apresentado neste Hospital

Mônica Reis Farias  
 Enfermeira Especialista em  
 Processos de Enfermagem  
 CRP 00000000000000000000

Erika de M. Silva  
 Enfermeira de Referência  
 CRP 00000000000000000000

# PRÉ-ANESTÉSICO

DN 31.08.70

Nome: <u>Guilherme dos Santos Silva</u>		R. Enf: <u>112</u>		Leito: <u>01</u>		Serv: <u>Cateterismo</u>	
Sexo: <u>Masculino</u>	Côr: <u>pl</u>	Idade: <u>48 anos</u>	Peso: <u>84 Kg</u>	Alt: <u></u>	Classe: <u></u>	Data: <u>18/02/20</u>	Hora: <u>13.00</u>
Diagn. Pre-OP: <u>Fratura de Fêmur distal esquerda por descolamento (13.01.20)</u>							
Cir. Proposta: <u>Osteossíntese de fêmur distal</u>							
Anest. Ant: <u>sem drogas prévias</u>							
Alergia: <u>doença</u>							
Alcool: <u>regularmente</u> Fumo: <u>X</u>							
DROGAS: (Corticoide, fenotiazinico, hipotensor, narcotráfico, hipotico, digitalico, anticoagulante, diurético, antibiótico, sulfá, casopressor, MAO, outros) <u>apz uso de morfina maracato</u>							
Estado Mental: <u>LOTE</u> Boca: <u>Normal</u>							
Pescoço: <u>bca mobilidade em flexão</u> Veias: <u>facil acesso</u>							
RX: <u>1 extensão</u>							
Feses: <u></u>							
Hepatograma: <u></u>							
Outros: <u></u>							
Parecer Clínico: <u>Osteossíntese do fêmur cardiovascular. Goldman</u>							
PA: <u></u> Pulso: <u></u> Temperatura: <u></u>							

Medicação Pré - Ant.	DOSE	VIA	HORA

Sangue Tipo: <u></u>	Leuc: <u>6.43 x 10</u>	Ht: <u>31%</u>	Hb: <u>10.40</u>
Hm: <u>24 x 10</u>	tc: <u></u>	ts: <u></u>	p. Laço: <u></u>
r. Coag: <u></u>	Pq: <u>412.000</u>	Uréia: <u>26.37</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>
URINA: d: <u></u>	pH: <u></u>	glic: <u></u>	Alb: <u></u>
Sedim: <u></u>			
Ap. gen. Un: <u>NDN</u>			
AP. Resp: <u>Pulmo limpo</u>			
AP. Circ: <u>PCR 27.5HT 5/Supno</u>			
AP. Digt: <u>NDN</u>			
S. Osteo - Art: <u>motiv. alergia</u>			
S. Nerv: <u>NDN</u>			
S. Endoc: <u>NDN</u>			
Est. Fis (ASA): <u>I</u>	AN. Proposta: <u>Requisição</u>		
NB: <u></u>			

Assinatura

# PÓS-ANESTÉSICOS

NA SALA DE RECUPERAÇÃO

NA ENFERMARIA

<p>Data: <u>/ /</u> Hora: <u></u></p> <p>coagulograma: TAP <u>6.9"</u></p> <p>RNI <u>0.57"</u></p> <p>TTPA <u>43.2"</u> Solução via <u></u></p> <p>Assinatura: <u></u></p>	<p>Data: <u>/ /</u> Hora: <u></u></p> <p>Intubação novo coagulograma em análise foi enviada</p> <p>Confirmada reserva de 3 unidades de CH</p> <p>na agência transfusional</p> <p>Paciente foi orientado em relação ao jejum</p> <p>e ao procedimento anestésico a ser realizado</p> <p>Assinatura: <u></u></p>
--	--

HOSPITAL GERAL DE HORAIMA

Av. Bríg. Edgardo Gomes, S/N

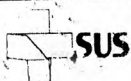
Novo Planalto Tel (51) 2121-0620

AUTENTICAÇÃO

APR MAR 2020

Certifico e sou responsável por esta cópia e 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

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒

Fem. ☐

3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO  
Nº DO TELEFONE

DDD

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Doente com fratura distal  
esquerda

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TTO clínico

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

Araucária + RX + EA. FVNCO

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura distal

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

( ) CNS ( ) CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

18/02/20

Dr. Roberto S. Augusto  
Médico Residência  
Ortopedia e Traumatologia

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

( ) CNS ( ) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



BOLETIM OPERÁRIO

Data:

18.02.10

O.S. \_\_\_\_\_

Grupo dos Santos  
S/VS

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

fx fêmur distal @

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

osteossíntese

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



Sergio da Sauton Silva, M. U. A.

ANESTESIA  
Dr. Welder  
Mr. Daniel

Helder Bernardino  
RQE 77 CRM-RR 1712  
Anestesiologista

CIRURGIÃO *Dr. J. J. M.*

PERDA SANGUINEA  
Campakel.

8. Dexametazona do mg IV  
9. Ketoprofeno 60 mg IV  
X = 530A

OK



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	118274	18/02/2020	
<b>CIRURGIA</b>					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Glossinense de fêmur (E)		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		14.29	16.05		
<b>EQUIPE MÉDICA</b>					
CIRURGIÃO	Anestesista:		Dr. Felder		
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:		R. Daniel		
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR				
CIRCUANTE					
TIPO DE ANESTESIA: Sedação + Raqui + BF		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1000	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO - 500ml	
70	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº 2-0	
	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2-0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS (P/M/G)			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 20			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº		1	FIO PROLENE Nº Escova v/ orsepsia	
1	DRENO DE PENROSE Nº luvas de vinil (M)		1	FIO SEDA Nº Agulha v/ raqui Nº 16	
1	SERINGA 01ML		10g	SURGICEL Gel condutor	
1	SERINGA 03ML Yellow 18		1	CERA P/ OSSO Masc. desc.	
1	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATA Nº Gomos desc.	
1	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM Ataduras Crepon 30cm	
1	SERINGA 20ML		± 80ml	HTA CARDIACA PUPJ Jopico	
1	Eletrodos		± 200ml	OUTROS: álcool 70%	
1 Cafeter de O2		± 80ml Povidona 2%			
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS			
	Luciano	SUB- TOTAL			
FUNÇÃOÁRIO/CALCULOS		TAXA DE SALA			
CIRCUANTE DE SALA		TAXA DE ANESTESIA			
		SOMA			
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					





ESTADO DE RORAIMA

"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

## CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: Ortopedia		Procedimento Realizado: Osteossíntese de fêmur (E)	
Nome do Paciente: Sergio dos Santos Silva		IDADE: 49 a	SEXO: F ( ) M (X)	Nº do Prontuário 178274	Data 18/02/2020
Bloco: A	Enfermaria: 112	Leito: 01	Nº da Sala 04	Circulante de Sala: Olívia / Kaimundo	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: Ces. Implantes / Instrumentais SDA / SDC					
Dados dos materiais/Serviço					

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

MÉDICO CIRURGIÃO: Vitor Montenegro1º AUXILIAR: Bruno FigueiredoINSTRUMENTADOR: Dr. Vitor Montenegro

Dr. Vitor Montenegro

Empresa ( )	Nome da Empresa: SIRIUS ( ) / SINTESE ( ) / QUANTUM ( ) ATHENA ( ) / MACON ( )	Marca:
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANT

MÉDICO CIRURGIÃO: \_\_\_\_\_

1º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_

1º VIA - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

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 bor@gmail.com



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

Nome: Sérgio dos Santos Silva

Data de Nascimento: 31/08/70 Idade: 44a

Sector/Leito: M2-01

Termo de Consentimento Anestesia: ( ) Sim ( ) Não

Data: 18/02/2020

SRPA

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				INTRA-OPERATÓRIO				Sinais Vitais						
Cirurgia Proposta:	Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia	Anestesia	Cirurgia	Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	D
<u>Função de Fígado</u>	<u>13:30</u>	<u>14:12</u>	<u>14:29</u>			<u>Biquil</u>	<u>05:42</u>	<u>0'</u>						
1. Informações:				Posicionamento										
Jejum ( ) Sim ( ) Não				Anestesia										
Prótese ( ) Sim ( ) Não														
Exames ( ) Sim ( ) Não														
Reserva UTI ( ) Sim ( ) Não														
Lateralidade ( ) Sim ( ) Não														
PNE ( ) Sim ( ) Não														
Alergia ( ) Sim ( ) Não														
Qual:														
Reserva de Hemoderivado:														
( ) Sim ( ) Não														
Outros: <u>07 CH</u>														
2. Chegou ao Centro Cirúrgico:														
( ) Deambulando														
( ) Consente														
( ) Com Suporte de O2														
( ) TOT														
( ) Agitado														
3. Sinais Vitais:														
T <u>36.5</u> °C														
R <u>18</u> rpm														
FC <u>92</u> bpm														
PA <u>110/70</u> mmHg														
SAT <u>98</u> %														
( ) Regular ( ) Irregular														
4. Anotações (Admissão do Paciente):														
<u>Admissão em sala</u>														
<u>Precedido de 05:42</u>														
<u>05:42 - 05:45</u>														
<u>05:45 - 05:50</u>														
<u>05:50 - 05:55</u>														
<u>05:55 - 06:00</u>														
<u>06:00 - 06:05</u>														
<u>06:05 - 06:10</u>														
<u>06:10 - 06:15</u>														
<u>06:15 - 06:20</u>														
<u>06:20 - 06:25</u>														
<u>06:25 - 06:30</u>														
<u>06:30 - 06:35</u>														
<u>06:35 - 06:40</u>														
<u>06:40 - 06:45</u>														
<u>06:45 - 06:50</u>														
<u>06:50 - 06:55</u>														
<u>06:55 - 07:00</u>														
<u>07:00 - 07:05</u>														
<u>07:05 - 07:10</u>														
<u>07:10 - 07:15</u>														
<u>07:15 - 07:20</u>														
<u>07:20 - 07:25</u>														
<u>07:25 - 07:30</u>														
<u>07:30 - 07:35</u>														
<u>07:35 - 07:40</u>														
<u>07:40 - 07:45</u>														
<u>07:45 - 07:50</u>														
<u>07:50 - 07:55</u>														
<u>07:55 - 08:00</u>														
<u>08:00 - 08:05</u>														
<u>08:05 - 08:10</u>														
<u>08:10 - 08:15</u>														
<u>08:15 - 08:20</u>														
<u>08:20 - 08:25</u>														
<u>08:25 - 08:30</u>														
<u>08:30 - 08:35</u>														
<u>08:35 - 08:40</u>														
<u>08:40 - 08:45</u>														
<u>08:45 - 08:50</u>														
<u>08:50 - 08:55</u>														
<u>08:55 - 09:00</u>														
<u>09:00 - 09:05</u>														
<u>09:05 - 09:10</u>														
<u>09:10 - 09:15</u>														
<u>09:15 - 09:20</u>														
<u>09:20 - 09:25</u>														
<u>09:25 - 09:30</u>														
<u>09:30 - 09:35</u>														
<u>09:35 - 09:40</u>														
<u>09:40 - 09:45</u>														
<u>09:45 - 09:50</u>														
<u>09:50 - 09:55</u>														
<u>09:55 - 10:00</u>														
<u>10:00 - 10:05</u>														
<u>10:05 - 10:10</u>														
<u>10:10 - 10:15</u>														
<u>10:15 - 10:20</u>														
<u>10:20 - 10:25</u>														
<u>10:25 - 10:30</u>														
<u>10:30 - 10:35</u>														
<u>10:35 - 10:40</u>														
<u>10:40 - 10:45</u>														
<u>10:45 - 10:50</u>														
<u>10:50 - 10:55</u>														
<u>10:55 - 11:00</u>														
<u>11:00 - 11:05</u>														
<u>11:05 - 11:10</u>														
<u>11:10 - 11:15</u>														
<u>11:15 - 11:20</u>														
<u>11:20 - 11:25</u>														
<u>11:25 - 11:30</u>														
<u>11:30 - 11:35</u>														
<u>11:35 - 11:40</u>														
<u>11:40 - 11:45</u>														
<u>11:45 - 11:50</u>														
<u>11:50 - 11:55</u>														
<u>11:55 - 12:00</u>														
<u>12:00 - 12:05</u>														
<u>12:05 - 12:10</u>														
<u>12:10 - 12:15</u>														
<u>12:15 - 12:20</u>														
<u>12:20 - 12:25</u>														
<u>12:25 - 12:30</u>														
<u>12:30 - 12:35</u>														
<u>12:35 - 12:40</u>														
<u>12:40 - 12:45</u>														
<u>12:45 - 12:50</u>														
<u>12:50 - 12:55</u>														
<u>12:55 - 13:00</u>														
<u>13:00 - 13:05</u>														
<u>13:05 - 13:10</u>														
<u>13:10 - 13:15</u>														
<u>13:15 - 13:20</u>														
<u>13:20 - 13:25</u>														
<u>13:25 - 13:30</u>														
<u>13:30 - 13:35</u>														
<u>13:35 - 13:40</u>														
<u>13:40 - 13:45</u>														
<u>13:45 - 13:50</u>														
<u>13:50 - 13:55</u>														
<u>13:55 - 14:00</u>														
<u>14:00 - 14:05</u>														
<u>14:05 - 14:10</u>														
<u>14:10 - 14:15</u>														
<u>14:15 - 14:20</u>														
<u>14:20 - 14:25</u>														
<u>14:25 - 14:30</u>														
<u>14:30 - 14:35</u>														
<u>14:35 - 14:40</u>														
<u>14:40 - 14:45</u>														
<u>14:45 - 14:50</u>														
<u>14:50 - 14:55</u>														
<u>14:55 - 15:00</u>														
<u>15:00 - 15:05</u>														
<u>15:05 - 15:10</u>														
<u>15:10 - 15:15</u>														
<u>15:15 - 15:20</u>														
<u>15:20 - 15:25</u>														
<u>15:25 - 15:30</u>														
<u>15:30 - 15:35</u>														
<u>15:35 - 15:40</u>														
<u>15:40 - 15:45</u>														
<u>15:45 - 15:50</u>														
<u>15:50 - 15:55</u>														
<u>15:55 - 16:00</u>														
<u>16:00 - 16:05</u>														
<u>16:05 - 16:10</u>														
<u>16:10 - 16:15</u>														
<u>16:15 - 16:20</u>														
<u>16:20 - 16:25</u>														
<u>16:25 - 16:30</u>														
<u>16:30 - 16:35</u>														
<u>16:35 - 16:40</u>														
<u>16:40 - 16:45</u>														
<u>16:45 - 16:50</u>														
<u>16:50 - 16:55</u>														
<u>16:55 - 17:00</u>														
<u>17:00 - 17:05</u>														
<u>17:05 - 17:10</u>														
<u>17:10 - 17:15</u>														
<u>17:15 - 17:20</u>														
<u>17:20 - 17:25</u>														
<u>17:25 - 17:30</u>														
<u>17:30 - 17:35</u>														
<u>17:35 - 17:40</u>														
<u>17:40 - 17:45</u>														
<u>17:45 - 17:50</u>														
<u>17:50 - 17:55</u>														
<u>17:55 - 18:00</u>														
<u>18:00 - 18:05</u>														
<u>18:05 - 18:10</u>														
<u>18:10 - 18:15</u>														
<u>18:15 - 18:20</u>														
<u>18:20 - 18:25</u>														
<u>18:25 - 18:30</u>														
<u>18:30 - 18:35</u>														
<u>18:35 - 18:40</u>														
<u>18:40 - 18:45</u>														
<u>18:45 - 18:50</u>														
<u>18:50 - 18:55</u>														
<u>18:55 - 19:00</u>														
<u>19:00 - 19:05</u>														
<u>19:05 - 19:10</u>														
<u>19:10 - 19:15</u>														
<u>19:15 - 19:20</u>														
<u>19:20 - 19:25</u>														
<u>19:25 - 19:30</u>														
<u>19:30 - 19:35</u>														
<u>19:35 - 19:40</u>														
<u>19:40 - 19:45</u>														
<u>19:45 - 19:50</u>														
<u>19:50 - 19:55</u>														
<u>19:55 - 20:00</u>														
<u>20:00 - 20:05</u>														
<u>20:05 - 20:10</u>														
<u>20:10 - 20:15</u>														
<u>20:15 - 20:20</u>														
<u>20:20 - 20:25</u>														
<u>20:25 - 20:30</u>														
<u>20:30 - 20:35</u>														
<u>20:35 - 20:40</u>														
<u>20:40 - 20:45</u>														
<u>20:45 - 20:50</u>														
<u>20:50 - 20:55</u>														
<u>20:55 - 21:00</u>														
<u>21:00 - 21:05</u>														
<u>21:05 - 21:10</u>														
<u>21:10 - 21:15</u>														
<u>21:15 - 21:20</u>														
<u>21:20 - 21:25</u>														
<u>21:25 - 21:30</u>														
<u>21:30 - 21:35</u>														
<u>21:35 - 21:40</u>														
<u>21:40 - 21:45</u>														
<u>21:45 - 21:50</u>														
<u>21:50 - 21:55</u>														
<u>21:55 - 22:00</u>														
<u>22:00 - 22:05</u>														
<u>22:05 - 22:10</u>														
<u>22:10 - 22:15</u>														
<u>22:15 - 22:20</u>														
<u>22:20 - 22:25</u>														
<u>22:25 - 22:30</u>														
<u>22:30 - 22:35</u>														
<u>22:35 - 22:40</u>														
<u>22:40 - 22:45</u>														
<u>22:45 - 22:50</u>														
<u>22:50 - 22:55</u>														
<u>22:55 - 23:00</u>														
<u>23:00 - 23:05</u>														
<u>23:05 - 23:10</u>														
<u>23:10 - 23:15</u>														
<u>23:15 - 23:20</u>														
<u>23:20 - 23:25</u>														
<u>23:25 - 23:30</u>														
<u>23:30 - 23:35</u>														
<u>23:35 - 23:40</u>														
<u>23:40 - 23:45</u>														
<u>23:45 - 23:50</u>														
<u>23:50 - 23:55</u>														
<u>23:55 - 00:00</u>														
<u>00:00 - 00:05</u>														
<u>00:05 - 00:10</u>														
<u>00:10 - 00:15</u>														
<u>00:15 - 00:20</u>														
<u>00:20 - 00:25</u>														
<u>00:25 - 00:30</u>														
<u>00:30 - 00:35</u>														
<u>00:35 - 00:40</u>														
<u>00:40 - 00:45</u>														
<u>00:45 - 00:50</u>														
<u>00:50 - 00:55</u>														
<u>00:55 - 01:00</u>														
<u>01:00 - 01:05</u>														
<u>01:05 - 01:10</u>														
<u>01:10 - 01:15</u>														
<u>01:15 - 01:20</u>														
<u>01:20 - 01:25</u>														
<u>01:25 - 01:30</u>														
<u>01:30 - 01:35</u>														
<u>01:35 - 01:40</u>														
<u>01:40 - 01:45</u>														
<u>01:45 - 01:50</u>														
<u>01:50 - 01:55</u>														
<u>01:55 - 02:00</u>														
<u>02:00 - 02:05</u>														
<u>02:05 - 02:10</u>														
<u>02:10 - 02:15</u>														
<u>02:15 - 02:20</u>														
<u>02:20 - 02:25</u>														
<u>02:25 - 02:30</u>														
<u>02:30 - 02:35</u>														
<u>02:35 - 02:40</u>														
<u>02:40 - 02:45</u>														
<u>02:45 - 02:50</u>														
<u>02:50 - 02:55</u>														





ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA**

**ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA**

Nome Sebastião dos Santos Silva  
Responsável Cirurgião Julio Montenegro  
Bruno Figueiredo

**ENTRADA (Sala Pré Anestésica)**

PACIENTE CONFIRMOU:

- ☒ Identidade  
☒ Sítio Cirúrgico  
☒ Procedimento  
Consentimento ☒ Sim ☐ Não

RISCO CIRÚRGICO

☒ Aplica ☐ Não se Aplica E Z II

SÍTIO DEMARCADO

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☒ Não ☐ Sim, Qual: \_\_\_\_\_

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não ☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☐ Não ☒ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Assinatura

Data 18/02/2020

Hora: \_\_\_\_\_

**ANTES DA INCISÃO**

Anestesiista Helber +  
R. Daniel

**PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)**

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☐ Identificação do paciente  
☐ Sítio cirúrgico  
☐ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☐ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

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

☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Não se aplica  
☒ Sim,

Qual: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim  
☐ Não se aplica

**ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES**

**SAÍDA (Sala Pós Operatória)**

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO  
☒ Sim ☐ Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS  
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA, PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)  
☐ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica


SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO  
☐ Sim ☒ Não

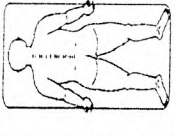
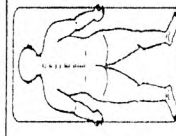

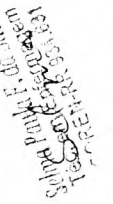
☐ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE  
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Luciano dos Santos  
CORREN-RR 352.112 ENF  
Entomologista


Assinatura e Carimbo

# EVOLUÇÃO DO CURATIVO



	Núcleo de Enfermagem em		Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Tratamento de Feridas – HGR		Paciente: <u>Bergio dos S. Silva</u>	Data: <u>18/02/2020</u>		
Leito: <u>112-8</u>						

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

312-1



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

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>44/10/2007 Paulo Roberto Silva</i>					
AGNÓSTICO <i>Hx fratura distal</i>					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO	DATA <i>18/02/20</i>			

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	S.N.D.
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	<i>24/06/14</i>
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	S.N.
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	<i>24/06/14</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	<i>06</i>
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	S.N.
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	S.N.
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	<i>27/06/14</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	<i>27/06/14</i>
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	<i>24/06/14</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	S.N.
13	SSVV + CCGG 6/6 H	<i>Reb.D-1</i>
14	CURATIVO DIÁRIO	<i>01/05/14</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 MÉDICA:**  
 # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NÓRMOCORADO, 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	<i>111/70</i>	<i>60</i>	<i>22</i>	<i>36</i>
24 H	<i>110/70</i>	<i>90</i>		<i>36</i>

MEDICO RESIDENTE  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

*18/15 pontos no curativo  
 pele ssa/ua ssa  
 sem ungueiros, repare  
 o curativo 44/02/2020*

*Realizados SSVV. Adm  
 as mud. CPM. Paciente  
 sem queixas, segue aos  
 cuidados da enfermeira*

COORDENADOR DE SERVIÇOS  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
 18/02/2020 - 17h



112-L



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	20/02/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				30/0
2	AVP				manhã
3	CLINDAMICINA 600MG EV DE 6/6H <i>prvo</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				cl
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				SN
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11					
12					
13	CURATIVO				<i>curativo</i>
14	SSVV + CCGG 6/6H				<i>prvo</i>
15					
16	<b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: <b>2UI</b> ; 251-300: <b>4UI</b> ; 301-350: <b>6UI</b> ; 351-400: <b>8UI</b> ; ≥ 400: <b>10 UI</b> E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#1 ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,  
ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
#1 EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS,  
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO 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				

*Anda*



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 da Silva Silva 49 ANOS,  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 13.02.20, COM  
DIAGNÓSTICO DE fratura do fêmur distal esquerdo

NO DIA 13.02.20, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
osteotomia de fêmur distal E SENDO

OPERADO PELO DR. Vitor Martins E DR. Guilherme Figueiredo

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 20.02.20, ÀS 10h30, EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 3.13.20, ÀS 7h00, COM O  
DR. Vitor Martins

ORIENTAÇÕES GERAIS :

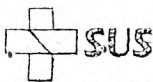
- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. 20.02.20

BOA VISTA, 1 / 1 / 1

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: 704608143784522

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Sergio dos Santos Silva

6 - N° DO PRONTUÁRIO

178224

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

704608143784522

8 - DATA DE NASCIMENTO

31/08/70

9 - SEXO

MASC

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Anita dos Santos Silva

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

N° DO TELEFONE

31 31 11 11 11 11

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua 8 N° 174 Jardim Tropical

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bac. Verde

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

31 31 11 11 11 11

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES CLÍNICAS JUSTIFICADORAS DA INTERNAÇÃO

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 TERCIÁRIO ASSOCIADO

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE E ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

16/02/20

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

35 - 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

### AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. 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 (N° 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: SÉRGIO DOS SANTOS SILVA

DN: 1/1

DIAGNÓSTICO(S): Paciente com fratura femur distal (C)

DIH: / /

KANBAM: Dieta:

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

Leuc: Seg: Plaquetas:

Na: K: Ca: Cl:

HCO<sup>3-</sup>: PH: BE: PO<sup>2</sup>: PCO<sup>2</sup>:

EAS:

CULTURAS ( / / ):

IMAGEM

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

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

Cl: HCO<sup>3-</sup>: PH: BE: PO<sup>2</sup>: PCO<sup>2</sup>:

EAS

IMAGEM

ANTIBIÓTICO

USADO:

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIÓTICO:

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUÍDA

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Paciente com fratura femur distal  
esquerda, com cirurgia agendada  
para o dia 18/02.  
Solicitar Reserva de Sangue!

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

Dr. Marcelo Marques

Médico

CRM 19187/RN

CRM 19118

Assinatura/carimbo do Médico Assistente  
Autorização de Transferência para Hospital Geral de Roraima/HGR

Assinatura/carimbo do Médico

CRM 742 / R2

Unidade: HC  
Nome: SOLTEIRO DOS SANTOS S. L. D.  
Idade: 49 anos REGISTRO: \_\_\_\_\_  
Bloco: 3B Enfermeira: 349 Leito: \_\_\_\_\_  
U.T.I.: \_\_\_\_\_ Emergência: \_\_\_\_\_

De:

ORTOPEDIA

Para:

CORACAO L. D. S.

Dados Clínicos:

Paciente com Fratura de Fêmur Distal

(15)

Soluto Disco Coracóide

14.02.2020

Data

  
Dr. Lidal Alencar  
Clínico Geral  
CRM 1517

médico

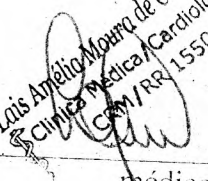
Aval. (R)

Im. Amex

3

34 / 02 / 2020

Data

  
Luis Amélia Moura de Oliveira  
Clínica Médica / Cardiologia  
CRM / RR 1550

médico

349

NOME: Luiz dos Santos Silva

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
- $PO_2 < 60$ ou $PCO_2 > 50$	( )
- $K < 3$ mEq/L	( )
- $HCO_3 < 20$ mEq/L	( )
- Uréia $> 100$ mg/dl ou Creatinina $> 3$ mg/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:

H.P.P:

fratura fêmur distal  
hipertensão arterial

Cirurgias prévias:

H.FAM.:

Tabagismo:

Etilismo:

Exame físico:

A.C.:

PA:

RCR II BNF II

110 x 80 mmHg

FC: 70 bpm

FR: 20 irpm

Exames Laboratoriais:

- Hb 10,4 g/dl; Ht 31 %; Leucócitos 6730 PLT 432.000;

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

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

Radiografia de Tórax:

ILT OS

ECG:

RS, ST (N)

Comentários:

Idade avançada

Boa Vista/RR, 14/07/2020

Luiz Amélia Moura de Oliveira  
Clínica Médica / Cardiologia  
Assinatura



Paciente: **Sergio Dos Santos Silva**

Sexo: Masculino

Nasc: 31/08/1970

Idade: 49 ANO

Solicitação: 70015869

Número Interno:

Solicitante:

Origem: HC

Setor: BLOCO 3B

Leito: 349

Data de Emissão: 27/01/2020 12:08

Recebimento:

### Resultado de Exame

Amostra: 7001586903

## HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

### LEUCOGRAMA

	Resultado	Referência
LEUCÓCITOS	6,73 x10 <sup>3</sup> /uL	4.0 - 10.0 x10 <sup>3</sup> /uL
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 x10 <sup>6</sup> /uL	4.32 - 5.52 x10 <sup>6</sup> /uL
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 x10 <sup>3</sup> /uL	150.0 - 400.0 x10 <sup>3</sup> /uL
VPM	7,80 fL	6.5 - 12.0 fL
MP	15,70	9.0 - 17.0
PCT	0,321 %	1.08 - 2.82 %



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

Responsável Técnico: Rosemariam 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**

Sexo: Masculino

Nasc: 31/08/1970

Idade: 49 ANO

Solicitação: 70015869

Número Interno:

Solicitante:

Origem: HC

Setor: BLOCO 3B

Leito: 349

Data de Emissão: 27/01/2020 12:08

Recebimento:

### Resultado de Exame

Amostra: 7001586903

## HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

### LEUCOGRAMA

	Resultado	Referência
LEUCÓCITOS	6,73 x10 <sup>3</sup> /uL	4.0 - 10.0 x10 <sup>3</sup> /uL
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 x10 <sup>6</sup> /uL	4.32 - 5.52 x10 <sup>6</sup> /uL
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 x10 <sup>3</sup> /uL	150.0 - 400.0 x10 <sup>3</sup> /uL
VPM	7,80 fL	6.5 - 12.0 fL
MP	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 - RR 243/09

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

16/02/2020 08:05

(\*) Retificado

Página 1 de 1

Paciente: Sergio Dos Santos Silva

Sexo: Masculino

Nasc: 31/08/1970

Idade: 49 ANO

Solicitação: 70015869

Número Interno:

Solicitante:

Origem: HC

Sector: BLOCO 3B

Leito: 349

Data de Emissão: 27/01/2020 12:08

Recebimento:

Resultado de Exame

Amostra: 7001586902

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  
Farmacêutica/Bioquímica  
CRF/RR 523

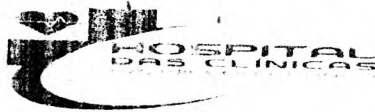
Responsável Técnico: Rosemiriam Izabel Moscato - Farmacêutica/Bioquímica - CRF - RR 245/09

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

16/02/2020 08:05

(\*) Retificado

Página 1 de 1



Paciente: Sergio Dos Santos Silva

Solicitação: 70015869

Número Interno:

Sexo: Masculino

Nasc: 31/08/1970

Idade: 49 ANO

Origem: HC

Solicitante:

Setor: BLOCO 3B

Leito: 349

Data de Emissão: 27/01/2020 12:08

Recebimento:

### Resultado de Exame

Amostra: 7001586901

## COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: PLASMA

Métodologia: M33 - Automatizado (destiny Plus)

TEMPO DE PROTROMBINA

Resultado

6,9 seg

Referência

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



SERGIO DOS SANTOS SILVA

2702

HOSPITAL CORONEL MOTA

Fabiola Castro



E



SERGIO DOS SANTOS SILVA

3773

HOSPITAL CORONEL MOTA

Fabiola Castro