

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início Ações 1º Grau Ações 2º Grau Parecer Citações Intimações Audiências Sessões 2º Grau Buscas Estatísticas Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2980475920210216154557

Processo 0802422-34.2021.8.23.0010 ☆ - (13 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 9597 - Seguro
Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

11 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 11

500 por pág. 1



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo n.º 08024223420218230010

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **SERGIO DOS SANTOS SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **18/01/2020**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **13/02/2020**.

Cumpra esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

DAS DIVERGÊNCIAS DE INFORMAÇÕES

Conforme dispõe o art. 385, NCPC/15, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial o BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

Verifica-se que o boletim de ocorrência informa que o autor foi atropelado, contudo a documentação médica do SAMU apresentada aponta bicicleta x automóvel e o boletim de atendimento médico informa acidente moto x automóvel.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

SAMU:

ACIDENTE DE TRÂNSITO				
VÍTIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO		OUTRA PARTE ENVOLVIDA	
<input type="checkbox"/> Pedestre	<input type="checkbox"/> A pé	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input checked="" type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Bicicleta
<input checked="" type="checkbox"/> Condutor	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<input type="checkbox"/> Motocicleta	<input type="checkbox"/> Animal
<input type="checkbox"/> Passageiro	<input type="checkbox"/> Motocicleta	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Outro
<input type="checkbox"/> Ignorado	<input checked="" type="checkbox"/> Bicicleta		<input type="checkbox"/> Micro-ônibus	

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO:

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____h)

Pct. Vítima acidente moto + GARRO (SIC)

Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre a veracidade dos fatos narrados e autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício à Delegacia de Polícia na qual fora registrada a ocorrência, bem como que seja encaminhado ofício ao SAMU da região, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **18/01/2020**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**.

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

⁵ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

⁶ “PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁷.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁸

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Súmula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90. 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.” (TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁸ art.

1º

(...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono SIVIRINO PAULI, inscrito sob o nº 101B/RR, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 12 de fevereiro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Media (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **SERGIO DOS SANTOS SILVA**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08024223420218230010.

Rio de Janeiro, 12 de fevereiro de 2021.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
CPF/CNPJ do Proprietário 04.819.323/0004-05	Placa NAQ-6455
Renavam 01152146634	Número do Motor CSE301339
Número do Chassi 9BWAG45U6JT152311	Ano/Modelo Fabricação 2018/2018
Cor BRANCA	UF Veículo RR
Município Veículo Boa Vista/RR	Marca/Modelo VW/NOVO GOL TL MCV
Modelo VW/NOVO GOL TL MCV	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado

Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Depositário, Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante Senhora ANITA que é Procuradora do seu filho e vítima o Senhor SÉRGIO (CÓPIA ANEXA), compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando SÉRGIO estava trafegando a 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."



Impresso por: Jeane Brito Dos Santos
Data de Impressão: 30/06/2020 14:23:28

Página 2 de 2
PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4853965

ELIETE ARAUJO DA SILVA

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

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

RR

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

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

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

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059



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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Nº da Nota Fiscal 434.2893

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

0114139-2

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

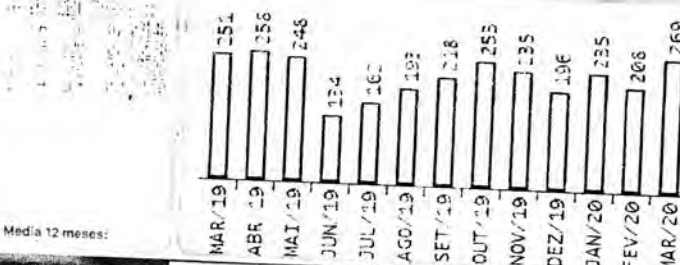
269 183,36
CPF: 00018119387104

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 150,0	Atual: 06/04/2020	Grupo/Subgrupo: 1.5.1.2
Anterior: 147,0	Anterior: 17/03/2020	Classe/Subclasse: RESID. BA. REND. BIP-S104
Dias de consumo: 21	Próxima leitura: 06/05/2020	Ligação: 11/01/2009
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 17/03/2020	Número Medidor: 112180009
Consumo medido: 3,0	Apresentação: 06/04/2020	Forma de Faturamento: 100%
Consumo Faturado: 3,0		Modalidade: H 1516444

CONSUMO

20 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

SERVIÇO BAIXA RENDA
CORREÇÃO MONETÁRIA IG 02/20-00
MULTA POR ATRASO DE 1 02/20-00
JORNAL DE HORA POR ATR 02/20-00
MULTA POR ATRASO 02/20-00
JORNAL DE HORA DE JBP 02/20-00
TAXA DE INSCRIÇÃO PÚBLICA



Média 12 meses:

MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

LINE 0000-01520 L. 14-A POR VENCIMENTO 1 e 11 16 01 26
Parabéns! Até o dia 19-04-2020, não constamos faturas vencidas nesta Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 013A-2379-C05E-FB09-101C-0FC6-F2AD-F839

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$			
Energia:	0,00	Encargos:	4,74	Base de Cálculo:	ALÍQUOTA	VALOR	
Transmissão:	0,00	Tributos:	29,50	ICMS:	17,00%	26,33	
				PIS:	0,38%	0,99	
				COFINS:	1,75%	2,75	

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
DIO				FIC			
Mensal	Trimestral	Anual		Mensal	Trimestral	Anual	
8,35	17,70	25,40		8,46	16,92	33,84	
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 08 173
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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

239717

DATA DE
EXPEDIÇÃO

13/10/2016

NOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE

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

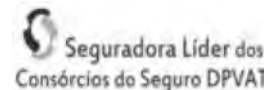
 Polegar Direto 

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 ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular 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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, 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.

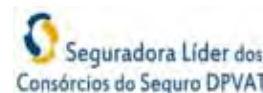
Endereço: <u>Rua CC 11</u>	Número: <u>294</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Louza Moreira</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>W.Franco 9926@gmail.com</u>	CEP: <u>69.318-050</u>	Tel. (DDD): <u>9911 3-3855</u>

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 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

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

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

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: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Pct. Velocidade acidente MOTO + CARRO (5-1)

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

óbito

Antes do 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

10.102.5.252:8888/134/1s4//BF9848DE-76F4-4EAC-999D-5405205CBA9B.html

9/1

Chrysomelids

Dr. Moore

Pode-se ver a linha de ocidente
com muitos com guelros de dor
em casa E.

so Ra. Apresento feduro em
femur E em esphol Dikel

Q2 Intenzivno poro magju
moso Cingilo.

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



EQUIPE SAMU BV
BRavo II

EQUIPE: *Maninabela / Ivanillo*



Paciente: *Sra. dos Santos Silva* Idade: *69 anos* Sexo: *M*
Nacionalidade: *Brazileira* Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia []
Endereço: *Av. Glaycon de Souza* Bairro: *Centro*

Nº *1018* DATA *18/01/2020* HORA J/9: *15:32* BASE () VIA ☒ **RÁDIO**
Médico (a) Regulador (a): *Dr. Wilson* 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 ()
Prox. de CPC

TIPO DE OCORRÊNCIA
☒ Acidente de trânsito [] Urgência psiquiátrica [] Queimadura [] Urgência obstétrica
[] Agressão física / espancamento [] Tentativa de suicídio [] Choque elétrico [] Transferência
[] Agressão física - FAF [] Envenenamento [] Queda [] Exame complementar
[] Agressão física - FAB [] Afogamento [] Urgência clínica [] Outros

ACIDENTE DE TRÂNSITO
VÍTIMA: [] Pedestre [] A pé [] Ônibus [] Automóvel [] Micro-ônibus [] Motocicleta [] Animal [] Capacete [] Cinto de segurança [] Airbag [] Assento para criança
MEIO DE LOCOMOÇÃO: [] A pé [] Ônibus [] Automóvel [] Micro-ônibus [] Motocicleta [] Animal [] Capacete [] Cinto de segurança [] Airbag [] Assento para criança
OUTRA PARTE ENVOLVIDA: [] Automóvel [] Motocicleta [] Ônibus [] Micro-ônibus [] Capacete [] Cinto de segurança [] Airbag [] Assento para criança

VIAS AÉREAS: ☒ Livre [] Obstrução Parcial [] Obstrução Total [] Corpo estranho [] Outro:
VENTILAÇÃO: [] Eupneica [] Apnéia [] Dispneia [] Bradipneia [] Taquipneia
CIRCULAÇÃO: [] Normocárdico [] Bradicárdico [] Taquicárdico [] Enchimento capilar acima de 2" [] Pulso radial ausente [] Pulso central ausente [] Cianose central [] Extremidade
AV. NEUR. DESESA: [] Miose [] Midriase [] Anisocoria [] B [] E [] Aparentemente Alcoolizado [] Agitação psicomotora

SINAIS VITAIS DESGLOSADOS
Hora P.A mm/hg F.C Bpm F.R Mpm Sat O₂ % T. Axilar °C Glicemia Esc. visual "DOR" Glasgow
Início *15:54* *100 x 70* *101* *18* *97%* *36* *100* *15*
Fim *16:10* *100 x 60* *100* *18* *97%* *36* *100* *15*

LESÃO IDENTIFICADA
1 - Dor 2 - Hematoma 3 - Contusão 4 - Escoriação 5 - Laceração 6 - Luxação 7 - Fratura fechada 8 - Fratura exposta 9 - Amputação 10 - Evisceração 11 - Afundamento de crânio 12 - Ferimento penetrante 13 - Tórax instável 14 - Enfisema subcutâneo 15 - Ferida aspirativa 16 - Empalamento 17 - Outros
ABERTURA: ☒ Espontânea 3 - Ao comando 2 - À dor 1 - Sem resposta
RESPOSTA VERBAL: ☒ Orientado 4 - Confuso 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Sem resposta
RESPOSTA MOTORA: ☒ Obedece a comandos 5 - Localiza a dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Sem resposta

AV. CARDIACA: [] Ritmo Sinusal [] FV [] Taquicardia Sinusal [] TV [] Flutter Atrial [] AESP [] Fibrilação atrial [] Assístolia
AFECÇÃO CLÍNICA: [] Neurológica [] Metabólica [] Diabetes [] Alergias [] Respiratória [] Infeciosa [] Cardiopatia [] Outros [] Cardiovascular [] Digestiva [] HAS [] Medicação de uso

GRAVIDADE COMPROVADA: [] Ileso [] Pequena [] Média [] Severa [] Óbito

Dr. Fernando André Martins Ferreira
Cirurgião Oncológico de Cabeça e Pescoço
CRM-RR: 1643
Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

INCIDENTES: [] Cancelamento [] Recusa de Atendimento [] Hospitalização [] Não se encontrava no local [] Trote
NEGRAS ATRIBUÍDAS: [] Polícia Militar [] Bombeiro [] Guarda Municipal [] Outros: [] SMTRAN [] PRF

POP: [] Iniciada as: [] Término às: [] RCP com sucesso
SAMU 192-BV CONFERE COM ORIGINAL

PERTINÊNCIA DO PACIENTE

Nome do Receptor: _____

Função do Receptor: _____

Assinatura do Receptor: _____

TERMO DE RECUSA

☐ Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:

☐ 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: _____ ☐ Movimentos fetais presentes ☐ Partes fetais na vulva

Perda de líquido: _____ ☐ Contrações entre 3-5 min. ☐ Com cartão da gestante

BCF: _____ ☐ Contrações com duração > 30s ☐ Sem cartão da gestante

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> Máscara laríngea	<input type="checkbox"/> Monitorização cardíaca	<input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de fraturas
<input type="checkbox"/> Cânula de Guegel	<input type="checkbox"/> Guia de introdução Bougie	<input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Curativos
<input type="checkbox"/> Cateter nasal: _____ L/min	<input type="checkbox"/> Criotireostomia cirúrgica	<input type="checkbox"/> Headblock	<input type="checkbox"/> Parto vaginal
<input type="checkbox"/> Máscara facial: _____ L/min	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria	<input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa	<input type="checkbox"/> Cesárea de emergência
<input type="checkbox"/> Bolsa-valva-máscara: _____ L/min	<input type="checkbox"/> Dreno de tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Tirantes	<input type="checkbox"/> Imobilização de luxação
<input type="checkbox"/> Intubação orotraqueal	<input type="checkbox"/> Descompressão torácica	<input type="checkbox"/> KED	<input type="checkbox"/> Outros:
<input type="checkbox"/> Acesso venoso Gelco n° _____	<input type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp n° _____	<input type="checkbox"/> Acesso intraósseo	

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
RL 500 ml	500 ml	EV	16:40				

INSUMOS UTILIZADOS NA OCORRÊNCIA

18.01.2020

- 06 prax de Lunda proc. P
- 06 prax de Lunda proc. G
- 02 máscaras descart
- 03 atendimentos de 20cm
- 01 atendimento de 08 cm
- 01 jelo 18
- 01 Equipamento marca
- Enxoval de fraturas
- Sigaclon
- RL 500 ml

OBSERVAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS

18.01.2020

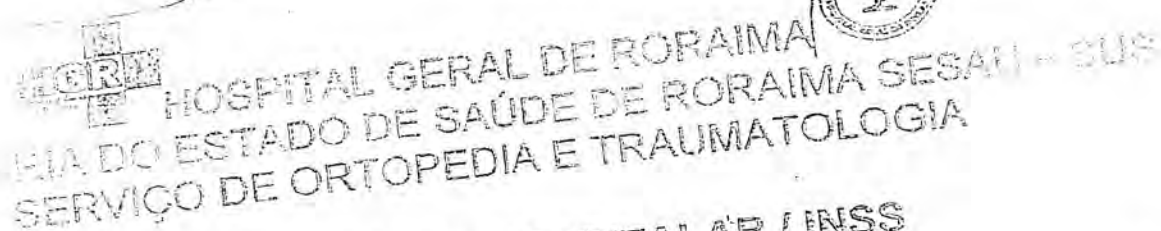
- Paciente foi o consumo de material fratura (Cebrios de extra/Bicicleta Ambulante)

- Os procedimentos foram realizados em solo, em sala de 1º, 2º e 3º, LOTE, que os atendimentos foram realizados da Bicicleta Ambulante.

- A vítima encontrava-se em UAT, apresentando fratura de humero de Fourn (E), foi realizada imobilização, no local de trauma, e ferido SVV.

- Realizado A/P, vítima encaminhada para o trauma com ferimento Cruzado 192.

Marivalda Lopes
Téc. Enfermeira
Cron 519-765



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

ORIENTAÇÕES GERAIS:

1. OBSERVAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
2. 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

ELA VISTA

MEDICO



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE: *Sergio do Santos Silva*

DIAGNÓSTICO: *fratura de fêmur E*

ALERGIAS: *neg*

IDADE: *49*

HAS

LEITO

DM2

DATA

18/01/20

ITEM	PRESCRIÇÃO	FORÁRIO
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 SC	18 24 06 12
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>Tilid 20mg EV de 12/12h</i>	<i>18 06</i>
11		
12	<i>Clexon 40mg SC 1x/dia</i>	<i>20</i>
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 mmHg	
20	SSV + CCGG 6/6 H	
21	CURATIVO DIÁRIO	

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CORENRR nº 1964

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.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS				
6 H	<i>110x PA 50</i>	<i>96</i>	FR	<i>35.8</i>
12 H				
18 H				
24 H	<i>120x PA</i>	<i>96</i>		<i>36.3</i>

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. cpm + sang

Maria Márcia L. A. R.
Auxiliar de Enfermagem
CORENRR nº 101

208-1

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						 																					
PRESCRIÇÃO MÉDICA																											
DATA DE ADMISSÃO		DIH		18/01/20.		DN																					
PACIENTE SERGIO DOS SANTOS SILVA																											
AGNÓSTICO FX FEMUR E																											
ALERGIAS		HAS		NEGA		DM2																					
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																											
<p>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</p> <p>EVOLUÇÃO MÉDICA: # 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:</p>																											
<p>SINAIS VITAIS</p> <table border="1"> <tr> <td>6 H</td> <td>PA</td> <td>FC</td> <td>FR</td> <td>T</td> </tr> <tr> <td>12 H</td> <td>97x64</td> <td>89</td> <td>-</td> <td>36,5</td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>105x70</td> <td>86</td> <td>20</td> <td>36,5</td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>105/63</td> <td>82</td> <td></td> <td>36,2</td> </tr> </table>								6 H	PA	FC	FR	T	12 H	97x64	89	-	36,5	18 H	105x70	86	20	36,5	24 H	105/63	82		36,2
6 H	PA	FC	FR	T																							
12 H	97x64	89	-	36,5																							
18 H	105x70	86	20	36,5																							
24 H	105/63	82		36,2																							

Dr. Marcos Aguiar
Médico
CRM-RR/1993

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

06:00hs PA=302/63
FC=79
T= 36,5
medicações e SSVV
li. p. in

Márcia Sampaio Ferreira
COREN-RR 754419 TE



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

HGR



PRESCRIÇÃO MÉDICA

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
				20/01/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			1X1
2	ACESSO VENOSO PÉRIFÉRICO			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 ÍTEM 4			S/N
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			S/N
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			S/N
10	SIMETICONA 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

07h 49h

SINAIS VITAIS					DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO MÉDICO RESIDENTE ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA CRM - RR 2028
6 H	PA	FC	FR		
12 H	121/60	72	-	36°C	
18 H	108/60	91	-	36°C	
24 H	130/60	84	-	36°C	

06h 120/70 86 36°C

6h Administração
 medicações com
 aferidas SSVV
 curativos gerais

Laureles A. dos Santos
 Téc. Enf.
 040770



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



101-1

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	ACÉSSO 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:

06h 107x63 89

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	110/60	82	36.5
18 H	130/80	94	35.2
24 H	117x63	90	36.9

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

2h Afundo SSVV, com
músculos murchos e
flácidos.

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

18:00 pct no leito, afundo os SSVV
e segue aos cuidados da Enf
Quise

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

Tereza
Tereza de Jesus P. da Silva
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	DIPIROÑA 500MG EV 6/6H SN		SN
5	CLEXANE 40MG SC 1X DIA		SN
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		SN
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
 com o horário. Sem queixas, segue
 as ordens da equipe. Tec. Enf. Kenany

VR5: Afobico do dia 5
 PA 120x80 FC 92 T=36,5




Conven-nr
 1248368

18:00 Pct no leito sem queixas,
 aferido os SSVV e segue as
 ordens da Enf
 Quise

VBS: Assob: on dia 23/01/20, o paciente no lito meliod
e P_m l_{sm} intercorrência e segue as cruidas da lnp
maçm forione

Arquivo de Saúde Arquivo
Arquivo de Entregagem
C-201-RP 000 461 072

101-1

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						 	
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		DIH		18/01/20.		DN	
PACIENTE SERGIO DOS SANTOS SILVA							
AGNÓSTICO FX FEMUR E							
ALERGIAS		HAS		NEGA		DM2	
IDADE		LEITO		101-1		DATA	
						23/01/2020	
ITEM		PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1		DIETA ORAL LIVRE					
2		ACESSO VENOSO PERIFERICO					
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							
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				DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO MEDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM - RR 2028			
6 H	PA	FC	FR				
12 H	140/77	93	-				
18 H							
24 H							

12h. Afendo SSV, sem
 queixas 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 CPF nº _____

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

Declaro que:

1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico-assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferência 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 _____

CPF nº: _____

Grau de Parentesco: _____

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

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

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

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM

1704, 11

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: Sergio dos Santos DN: / /
DIAGNOSTICO(S):

DIH: / /

KANBAM: Dieta:

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

Leuc: Seg: Plaquetas:

Na: K: Ca: Cl:

HCO₃: PH: BE: PO₂: PCO₂:

EAS:

CULTURAS (/ /):

IMAGEM

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

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

Cl: HCO₃: PH: BE: PO₂: PCO₂:

EAS

IMAGEM

ANTIBIOTICO

USADO:

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIOTICO:

EXAMES/PROCEDIEMTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUIDA:

EVOLUCAO CLINICA:

Paciente com fx fevra aguda de
Cx programada 11/18/02/20

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

de 20 Hora:

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

CRM /

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM /



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 dos Santos Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

178279

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

31/8/70

9 - SEXO

Masc. ☒

Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Anita Dos 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 causando ferimentos em membros superiores em especial distal.

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

fratura E

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

internação

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. [Assinatura]

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

38 - SÉRIE

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

() CNS

() CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

19/11/20

0308010019

7068

5773

V299

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
BLOCO A

Alta 20/02/2020
12-1

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
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)
70141608114381915217
8 - DATA DE NASCIMENTO
31/08/70
6 - N° DO PRONTUÁRIO
178274
9 - SEXO
masculino
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL
Anita dos Santos Silva
11 - TELEFONE DE CONTATO
DDD 915 81214161230
12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)
Rua 8 N° 174 Jardim Tropical
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Bom Vista
14 - COD. IBGE MUNICÍPIO
15 - UF
RJ
16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
18 - CONDIÇÕES CLÍNICAS DE INTERNAÇÃO
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO
21 - CID 10 PRINCIPAL
22 - CID 10 SECUNDÁRIO
23 - CID 10 TERCERÁRIO
24 - CID 10 QUARTÁRIO

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
16/02/20
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)
33 - ACIDENTE DE TRABALHO
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
35 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO
36 - CNPJ DA SEGURADORA
37 - N° DO BILHETE
38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA
40 - CNAE DA EMPRESA
41 - CBO
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO
() CNS () CPF
46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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	SIMÉTICONA 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

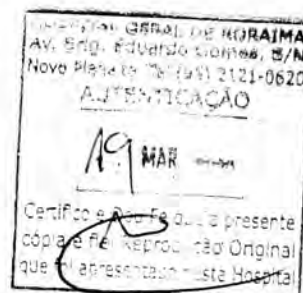
DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

SINAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H	90/75	70		36.1
12 H	150x70	84	-	36.6
18 H	120x70	82		36.2
24 H	100/70	73		36.1

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

Dr. Marcelo Marques
CRM 1918
COREN-RR 576.989-14



112 1



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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

Sol. de ser realizado de imediato

Hospital Geral de Roraima
 Av. B19, Siqueira Gomes, 8/H
 CEP 69000-000 - Boa Vista - RR
 Fone/Fax: (68) 2021-0620

AUTENTICAÇÃO
 19 MAR 2020
 Certifico que o presente é cópia verdadeira da Original que foi apresentada neste Hospital.

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	137 x 83	64	20
18 H	127 x 87	77	35,6 °C
24 H	120 x 70	75	


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



*06H 130 x 70 68
 42.1 Flab 3000 mmHg
 com pressão fraca, mal
 5mmHg hidratados*

*Tarda 7 SSVV
 cuidados gerais
 feita
 sem queixas*

Cruzilândia Melo de Souza
 COREN-RR 292.369-7F

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Tratamento de Feridas – HGR	Paciente: Sergio dos Santos	Data: 12/02/2020		
Leito: 112-1					

		Região: <u>MI</u>	Região: _____
		Grau: I (X) II ()	Grau: I () II ()
() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (X) 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 (X) 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: _____	
Troca		Troca	
() 12/12 (X) Diário () 48/48h		() 12/12 () Diário () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento: <u>Verde</u>		Profissional que realizou procedimento: <u>Mônica Reis Farias</u> (Assinatura e Carimbo)	
Observações:			

PRÉ-ANESTÉSICO

DN 31.02.70

Nome: <u>Silveira dos Santos Silva</u>	H. Enf. <u>112</u>	Leito: <u>01</u>	Serv. <u>Ortopedia</u>
Sexo: <u>Masculino</u>	Côr: <u>Pl</u>	Idade: <u>42 anos</u>	Peso: <u>84 kg</u>
Alt: <u>1.70 m</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 mecanismo (17-20)</u>	Patrol Assoc.: <u>Nega</u>	<u>comentários</u>	
Cir. Proposta: <u>Osteossíntese de fêmur distal</u>	<u>31.01.20</u>		
Anest. Ant: <u>sem drogas prévias</u>	Sangue Tipo: <u>A</u>	Leuc: <u>6.45 x 10⁹</u>	Ht: <u>31%</u>
Alergia: <u>Aspirina</u>	Hm: <u>44 x 10⁹</u>	ts: <u></u>	p. Laço: <u></u>
Alcool: <u>Regularmente</u>	Fumo: <u>X</u>	T. Coag: <u></u>	Pq: <u>412.000</u>
DROGAS: (Corticoide, fenotiazinico, hipotensor, narcotráfico, hipotico, digitalico, anticoagulante, diurético, antibiótico, sulfá, casopressor, IMAO, outros) <u>apz uso de Narcoanal. mirtazapina</u>	creat: <u>0.78</u>	Glic: <u></u>	Na: <u></u>
Estado Mental: <u>LOTE</u>	Boca: <u>Normal</u>	mEq/lk: <u></u>	mEq/lpH: <u></u>
Pescoço: <u>boa mobilidade em flexão</u>	Veias: <u>facil acesso</u>	pO2: <u></u>	BA: <u></u>
RX: <u>1 extensão</u>	URINA: <u></u>	pH: <u></u>	glic: <u></u>
Feses: <u></u>	Sedim: <u></u>	Alb: <u></u>	BS: <u></u>
Hepatograma: <u></u>	Ap. gen. Un: <u>NDA</u>	AP. Resp: <u>Pulmos limpos</u>	BR: <u></u>
Outros: <u></u>	AP. Circ: <u>PCR 25 SHF 2/3 pulso</u>	AP. Digt: <u>NDA</u>	BS: <u></u>
Parecer Clínico: <u>Osteossíntese do fêmur cardiovascular. Goldman</u>	S. Osteo - Art: <u>motu + sangue</u>	S. Nerv: <u>NDA</u>	S. Endoc: <u>NDA</u>
PA: <u></u>	Est. Fis (ASA): <u>1</u>	AN. Proposta: <u>Regime ambulator</u>	NB: <u></u>

Medicação Pré - Ant.	DOSE	VIA	HORA

Assinatura

PÓS-ANESTÉSICOS

NA SALA DE RECUPERAÇÃO

NA ENFERMARIA

Data: <u>/ /</u>	Hora: <u></u>
<u>coagulograma TAP 6.9"</u> <u>RNI 0.57"</u> <u>TTPA 43.2" Solução via</u>	
Assinatura	

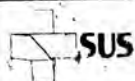
Data: <u>/ /</u>	Hora: <u></u>
<u>Intubou novo coagulograma em análise por avaliação</u> <u>Confirmado Reserva de 3 unidades de CH</u> <u>na agulha transfusional</u> <u>Paciente foi orientado no retorno ao piquê</u> <u>e ao procedimento anestésico a ser realizado</u>	
Assinatura	

HOSPITAL GERAL DE HORAJMA
 Av. Brg. Edgardo Gomes, S/N
 Novo Flandro Tel (43) 2121-0620

AUTENTICAÇÃO

APR MAR 2020

Certifico que a presente cópia é fiel reprodução do Original que foi encaminhado 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

1

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

Doença com fratura distal
esquerda

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TTO Cirúrgico

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

18/02/20

Dr. R. de S. Augusto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - 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. _____

Sergio dos Santos
21/10

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



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Sergio da Gueira S. da M. Uza

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		N
14:05 15:00		18 02 2020
15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45		
AGENTES	N 20 02	
LÍQUIDOS VENOSOS	5F 5F 5F 5F 5F	ECG + SpO2 + PAM + FC
DA	°C 240	
X	38 220	
ULSC	36 200	
ANES	34 180	
X	32 160	
OP	30 140	
O		
TEMP	120	
ASPIR.	80	
A	60	
RESP	40	
O	20	
Export		
Assist		
Contro		
SIMBOLOS		
AGENTES		DOSES
A. Fentanyl 100 µg		TÉCNICA
B. Midazolam 5 mg		hiperintensão
C. Propofol 25.4 mg		bomba de sedação
D. Morfina 100 µg		sob sedação profunda
E.		deca
F.		
G.		
GLICOSE		LIQUIDOS
NDCD		Cânula - Naso / Oro Faringea
SANGUE		Naso / Orofaringea - Cega
5F 2500 ml		Bal - Tamp - Calibre do Tubo
		Sob Máscara
		Dificuldade Técnica
TOTAL 2500 ml		TEMPO DE ANESTESIA
60'		
OPERAÇÃO Tratamento cirúrgico de platema de fêmur (E)		ANOTAÇÕES
		1. Cheque + monitorização
		2. Fentanyl 100 µg IV
		3. Midazolam 2.5 mg IV
		4. Propofol
		5. Anestesia SA / L2-L3 / asséptica
		6. Quimioterapia 20 / L2-L3
		7. Propofol 2.5 mg IV
		8. Morfina 100 µg SA
		9. DKA
		10. Uptaxema 2.3 IV
		Lanugo - Espasmo - Excesso Seco
		Depressão Respiratória - Hipoxia
		"Bucking" - Vômito
		Hemorragia - Arritmia
		Bradi Taquicardia - Choque
ANESTESIA		PERDA SANGÜÍNEA
Dr. Helder		com patível
Dr. Daniel		
Helder Bernardino		
ROE 771 CAM-RR 1712		
Anestesiologista		
CÓDIGO		
CIRURGIÃO		
Dr. Ditor M.		
		8. Dexmedetomidina 20 µg IV
		9. Etomidato 100 µg IV
		10. SARA

OK



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		442	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Sergio dos Santos Silva		112-01	178274	18/02/2022	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Wlassimense de fêmur (E)		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		14:29	16:05		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	Anestesista:		Dr. Felder		
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:		R. Daniel		
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR				
CIRCULANTE					
TIPO DE ANESTESIA: Sedação + Raquia + 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/ raquia Nº 16	
1	SERINGA 01ML		10g	SURGICEL Gel condutor	
1	SERINGA 03ML Yellow Nº 18		1	CERA P/ OSSO Masc. desc.	
1	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATA Nº Juros desc.	
1	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM Ataduras Crepom 30cm	
1	SERINGA 20ML		± 80ml	HTA CARDIACA PUPJ Sepico	
1	Eléctrodos		± 200ml	OUTROS: Alcool 70%	
1 Caixa 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			
	Luana	SUB- TOTAL			
FUNÇÃOÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA			
		TAXA DE ANESTESIA			
		SOMA			
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

ESTADO DE RORAIMA

"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS									
Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			Especialidade: Ortopedia			Procedimento Realizado: osteossíntese de fêmur (E)			
Nome do Paciente: Sergio dos Santos Silva			IDADE: 49a		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 / Ramundo		
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: Ces. Implantes / Instrumentais SDC / SDC									
Dados dos materiais/Serviço									

Hospital Geral de Roraima (X)		Dados Adicionais:	Marca:
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM		QUANT
01	Placa DCS - 16 furos		
02	Parafuso deslizante - 76 mm		01
03	Parafuso Pontual Ø 4,5 - 44 mm		01
04	" " " - 46 mm		01
05	" " " - 50 mm		01
06	" " " - 54 mm		01
07	Parafuso Espunção R. 32 - 65 mm		01
			01
MÉDICO CIRURGIÃO: <u>Walter Montenegro</u>		1º AUXILIAR: <u>João</u>	

[illegible]

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.ma.hor@gmail.com



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

Nome: Sérgio dos Santos Silva

Data: 18/02/2020

Data de Nasc: 31/08/70 Idade: 49a Setor/Leito: 112-01
Termo de Consentimento Cirúrgico: () Sim () Não
Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não

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	ALDRE-TE	D
<u>Exatoma de Fêmur</u>	<u>13:30</u>	<u>14:12</u>	<u>14:29</u>			<u>05+ 412</u>	<u>05+ 412</u>	<u>0'</u>						
1. Informações:				Posicionamento				Observações:						
Jejum () Sim () Não				Anestesia										
Prótese () Sim () Não				Dorsal										
Exames () Sim () Não				Dorsal										
Reserva UTI () Sim () Não				Dorsal										
Lateralidade () Sim () Não				Dorsal										
PNE () Sim () Não				Dorsal				1h						
Alergia () Sim () Não				Dorsal				01:30h						
Qual:				Dorsal				2h						
Reserva de Hemoderivado:				Dorsal										
() Sim () Não				Dorsal										
Outros: <u>02 CH</u>				Dorsal										
2. Chegou ao Centro Cirúrgico:				Dorsal										
() Deambulando				Dorsal										
() Consente				Dorsal										
() Com Suporte de O2				Dorsal										
() TOT				Dorsal										
() Agitado				Dorsal										
3. Sinais Vitais:				Dorsal										
T: <u>36.5</u> °C				Dorsal										
R: <u>12</u> rpm				Dorsal										
FC: <u>100</u> bpm				Dorsal										
PA: <u>120/80</u> mmHg				Dorsal										
SAT: <u>98</u> %				Dorsal										
() Regular () Irregular				Dorsal										
4. Anotações (Admissão do Paciente):				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
5. Sinais Vitais:				Dorsal										
T: <u>36.5</u> °C				Dorsal										
R: <u>12</u> rpm				Dorsal										
FC: <u>100</u> bpm				Dorsal										
PA: <u>120/80</u> mmHg				Dorsal										
SAT: <u>98</u> %				Dorsal										
() Regular () Irregular				Dorsal										
6. Anotações (Admissão do Paciente):				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
7. Sinais Vitais:				Dorsal										
T: <u>36.5</u> °C				Dorsal										
R: <u>12</u> rpm				Dorsal										
FC: <u>100</u> bpm				Dorsal										
PA: <u>120/80</u> mmHg				Dorsal										
SAT: <u>98</u> %				Dorsal										
() Regular () Irregular				Dorsal										
8. Anotações (Admissão do Paciente):				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
9. Sinais Vitais:				Dorsal										
T: <u>36.5</u> °C				Dorsal										
R: <u>12</u> rpm				Dorsal										
FC: <u>100</u> bpm				Dorsal										
PA: <u>120/80</u> mmHg				Dorsal										
SAT: <u>98</u> %				Dorsal										
() Regular () Irregular				Dorsal										
10. Anotações (Admissão do Paciente):				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
11. Sinais Vitais:				Dorsal										
T: <u>36.5</u> °C				Dorsal										
R: <u>12</u> rpm				Dorsal										
FC: <u>100</u> bpm				Dorsal										
PA: <u>120/80</u> mmHg				Dorsal										
SAT: <u>98</u> %				Dorsal										
() Regular () Irregular				Dorsal										
12. Anotações (Admissão do Paciente):				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
13. Sinais Vitais:				Dorsal										
T: <u>36.5</u> °C				Dorsal										
R: <u>12</u> rpm				Dorsal										
FC: <u>100</u> bpm				Dorsal										
PA: <u>120/80</u> mmHg				Dorsal										
SAT: <u>98</u> %				Dorsal										
() Regular () Irregular				Dorsal										
14. Anotações (Admissão do Paciente):				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
15. Sinais Vitais:				Dorsal										
T: <u>36.5</u> °C				Dorsal										
R: <u>12</u> rpm				Dorsal										
FC: <u>100</u> bpm				Dorsal										
PA: <u>120/80</u> mmHg				Dorsal										
SAT: <u>98</u> %				Dorsal										
() Regular () Irregular				Dorsal										
16. Anotações (Admissão do Paciente):				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
17. Sinais Vitais:				Dorsal										
T: <u>36.5</u> °C				Dorsal										
R: <u>12</u> rpm				Dorsal										
FC: <u>100</u> bpm				Dorsal										
PA: <u>120/80</u> mmHg				Dorsal										
SAT: <u>98</u> %				Dorsal										
() Regular () Irregular				Dorsal										
18. Anotações (Admissão do Paciente):				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
19. Sinais Vitais:				Dorsal										
T: <u>36.5</u> °C				Dorsal										
R: <u>12</u> rpm				Dorsal										
FC: <u>100</u> bpm				Dorsal										
PA: <u>120/80</u> mmHg				Dorsal										
SAT: <u>98</u> %				Dorsal										
() Regular () Irregular				Dorsal										
20. Anotações (Admissão do Paciente):				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
21. Sinais Vitais:				Dorsal										
T: <u>36.5</u> °C				Dorsal										
R: <u>12</u> rpm				Dorsal										
FC: <u>100</u> bpm				Dorsal										
PA: <u>120/80</u> mmHg				Dorsal										
SAT: <u>98</u> %				Dorsal										
() Regular () Irregular				Dorsal										
22. Anotações (Admissão do Paciente):				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
23. Sinais Vitais:				Dorsal										
T: <u>36.5</u> °C				Dorsal										
R: <u>12</u> rpm				Dorsal										
FC: <u>100</u> bpm				Dorsal										
PA: <u>120/80</u> mmHg				Dorsal										
SAT: <u>98</u> %				Dorsal										
() Regular () Irregular				Dorsal										
24. Anotações (Admissão do Paciente):				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
25. Sinais Vitais:				Dorsal										
T: <u>36.5</u> °C				Dorsal										
R: <u>12</u> rpm				Dorsal										
FC: <u>100</u> bpm				Dorsal										
PA: <u>120/80</u> mmHg				Dorsal										
SAT: <u>98</u> %				Dorsal										
() Regular () Irregular				Dorsal										
26. Anotações (Admissão do Paciente):				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
27. Sinais Vitais:				Dorsal										
T: <u>36.5</u> °C				Dorsal										
R: <u>12</u> rpm				Dorsal										
FC: <u>100</u> bpm				Dorsal										
PA: <u>120/80</u> mmHg				Dorsal										
SAT: <u>98</u> %				Dorsal										
() Regular () Irregular				Dorsal										
28. Anotações (Admissão do Paciente):				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
29. Sinais Vitais:				Dorsal										
T: <u>36.5</u> °C				Dorsal										
R: <u>12</u> rpm				Dorsal										
FC: <u>100</u> bpm				Dorsal										
PA: <u>120/80</u> mmHg				Dorsal										
SAT: <u>98</u> %				Dorsal										
() Regular () Irregular				Dorsal										
30. Anotações (Admissão do Paciente):				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
31. Sinais Vitais:				Dorsal										
T: <u>36.5</u> °C				Dorsal										
R: <u>12</u> rpm				Dorsal										
FC: <u>100</u> bpm				Dorsal										
PA: <u>120/80</u> mmHg				Dorsal										
SAT: <u>98</u> %				Dorsal										
() Regular () Irregular				Dorsal										
32. Anotações (Admissão do Paciente):				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
33. Sinais Vitais:				Dorsal										
T: <u>36.5</u> °C				Dorsal										
R: <u>12</u> rpm				Dorsal										
FC: <u>100</u> bpm				Dorsal										
PA: <u>120/80</u> mmHg				Dorsal										
SAT: <u>98</u> %				Dorsal										
() Regular () Irregular				Dorsal										
34. Anotações (Admissão do Paciente):				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
35. Sinais Vitais:				Dorsal										
T: <u>36.5</u> °C				Dorsal										
R: <u>12</u> rpm				Dorsal										
FC: <u>100</u> bpm				Dorsal										
PA: <u>120/80</u> mmHg				Dorsal										
SAT: <u>98</u> %				Dorsal										
() Regular () Irregular				Dorsal										
36. Anotações (Admissão do Paciente):				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
37. Sinais Vitais:				Dorsal										
T: <u>36.5</u> °C				Dorsal										
R: <u>12</u> rpm				Dorsal										
FC: <u>100</u> bpm				Dorsal										
PA: <u>120/80</u> mmHg				Dorsal										
SAT: <u>98</u> %				Dorsal										
() Regular () Irregular				Dorsal										
38. Anotações (Admissão do Paciente):				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
39. Sinais Vitais:				Dorsal										
T: <u>36.5</u> °C				Dorsal										
R: <u>12</u> rpm				Dorsal										
FC: <u>100</u> bpm				Dorsal										
PA: <u>120/80</u> mmHg				Dorsal										
SAT: <u>98</u> %				Dorsal										
() Regular () Irregular				Dorsal										
40. Anotações (Admissão do Paciente):				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
41. Sinais Vitais:				Dorsal										
T: <u>36.5</u> °C				Dorsal										
R: <u>12</u> rpm				Dorsal										
FC: <u>100</u> bpm				Dorsal										
PA: <u>120/80</u> mmHg				Dorsal										
SAT: <u>98</u> %				Dorsal										
() Regular () Irregular				Dorsal										
42. Anotações (Admissão do Paciente):				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
43. Sinais Vitais:				Dorsal										
T: <u>36.5</u> °C				Dorsal										
R: <u>12</u> rpm				Dorsal										
FC: <u>100</u> bpm				Dorsal										
PA: <u>120/80</u> mmHg				Dorsal										
SAT: <u>98</u> %				Dorsal										
() Regular () Irregular				Dorsal										
44. Anotações (Admissão do Paciente):				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
45. Sinais Vitais:				Dorsal										
T: <u>36.5</u> °C				Dorsal										
R: <u>12</u> rpm				Dorsal										
FC: <u>100</u> bpm				Dorsal										
PA: <u>120/80</u> mmHg				Dorsal										
SAT: <u>98</u> %				Dorsal										
() Regular () Irregular				Dorsal										
46. Anotações (Admissão do Paciente):				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
47. Sinais Vitais:				Dorsal										
T: <u>36.5</u> °C				Dorsal										
R: <u>12</u> rpm				Dorsal										
FC: <u>100</u> bpm				Dorsal										
PA: <u>120/80</u> mmHg				Dorsal										
SAT: <u>98</u> %				Dorsal										
() Regular () Irregular				Dorsal										
48. Anotações (Admissão do Paciente):				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
49. Sinais Vitais:				Dorsal										
T: <u>36.5</u> °C				Dorsal										
R: <u>12</u> rpm				Dorsal										
FC: <u>100</u> bpm				Dorsal										
PA: <u>120/80</u> mmHg				Dorsal										
SAT: <u>98</u> %				Dorsal										
() Regular () Irregular				Dorsal										
50. Anotações (Admissão do Paciente):				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
51. Sinais Vitais:				Dorsal										
T: <u>36.5</u> °C				Dorsal										
R: <u>12</u> rpm				Dorsal										
FC: <u>100</u> bpm				Dorsal										
PA: <u>120/80</u> mmHg				Dorsal										
SAT: <u>98</u> %				Dorsal										
() Regular () Irregular				Dorsal										
52. Anotações (Admissão do Paciente):				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
53. Sinais Vitais:				Dorsal										
T: <u>36.5</u> °C				Dorsal										
R: <u>12</u> rpm				Dorsal										
FC: <u>100</u> bpm				Dorsal										
PA: <u>120/80</u> mmHg				Dorsal										
SAT: <u>98</u> %				Dorsal										
() Regular () Irregular				Dorsal										
54. Anotações (Admissão do Paciente):				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
55. Sinais Vitais:				Dorsal										
T: <u>36.5</u> °C				Dorsal										
R: <u>12</u> rpm				Dorsal										
FC: <u>100</u> bpm				Dorsal										
PA: <u>120/80</u> mmHg				Dorsal										
SAT: <u>98</u> %				Dorsal										
() Regular () Irregular				Dorsal										
56. Anotações (Admissão do Paciente):				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
<u>Atendimento ao paciente</u>				Dorsal										
57. Sinais Vitais:				Dorsal										
T: <u>36.5</u> °C				Dorsal										
R: <u>12</u> rpm				Dorsal										
FC: <u>100</u> bpm				Dorsal										
PA: <u>120/80</u> mmHg				Dorsal										
SAT: <u>98</u> %				Dorsal										
() Regular () Irregular				Dorsal										
58. Anotações (Admissão do Paciente):				Dorsal										



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Luciano dos Santos
Responsável Cirurgião: Luciano dos Santos
Anestesiologista: Dr. Danilo

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

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

RISCO CIRÚRGICO

☒ Aplica ☐ Não se Aplica ☒ 7 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

Hora:

Data: 18/02/2020

ANTES DA INCISÃO

Anestesiologista: Dr. Danilo
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

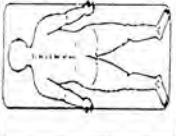
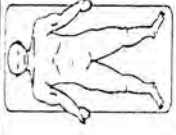




☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Assinatura: Dr. Luciano dos Santos
COREN-RR 382.112-1

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>Sergio dos S. Silva</u>	Data: <u>13/02/2020</u>		
Leito: <u>112-3</u>					

Localização			Região: <u>MI</u>			Região: _____
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	Grau: I () II (<input checked="" type="checkbox"/>)	Grau: I () II ()			
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____					
Pele Perilesional	<input checked="" type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____					
Tipo de Exsudato	() Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____					
Quantidade de Exsudato	() Molhado (<input checked="" type="checkbox"/>) Úmido () Seco					
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% (<input checked="" type="checkbox"/>) Clorexidina 2% () Álcool 70%					
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____					
Troca	() 12/12 (<input checked="" type="checkbox"/>) 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>	
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
13	SSVV + CCGG 6/6 H				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Pedro de S. Fagundes
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-RR 2026

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	TX
12 H				
18 H	111/70	69	22	36
24 H	110/70	90		36

MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

18/10 pontos no exame físico SSVV e CCGG nos membros inferiores de acordo com a prescrição

08/02/2020 SSVV. VASOS AS mud. CPM. Paciente sem queixas, segue em cuidados de enfermagem

CRÉDITO: 10/02/2020 - 17



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				SNV
2	AVP				manhã
3	CLINDAMICINA 600MG EV DE 6/6H <i>SNV</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				06
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>SSVV</i>
15					
16	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI ; 251-300: 4UI ; 301-350: 6UI ; 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

EM 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 REALIZADO DIA 18/2/20.

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

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

Assinatura



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Sergio da Silva Rocha 45 ANOS,
DE ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 13/02/20, COM
DIAGNÓSTICO DE fratura do fêmur do membro superior direito

NO DIA 12/02/20, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
osteotomia de Yanshan SENDO

OPERADO PELO DR. Vitor Martins E DR. Guilherme

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 20/02/20, ÀS 17h00, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 3/03/20, ÀS 16h00, COM O

DR. Vitor Martins

ORIENTAÇÕES GERAIS:

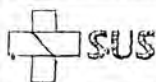
- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR 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, 13/02/20

MÉDICO



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

SUS: 704 608 143 784 527

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Sergio dos Santos Silva

6 - N° DO PRONTUÁRIO

178224

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

704608143784527

31/05/70

9 - SEXO

M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Anita dos Santos Silva

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

DDD

31 31114101010

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua 8 N° 174 Jardim Tropical

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bom Jesus

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES DE JUSTIFICAÇÃO DA INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (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

() 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)

31/05/20

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO RILHETE

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 (E)

DIH: / /

KANBAM: Dieta:

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

Leuc: Seg: Plaquetas:

Na: K: Ca: Cl:

HCO³⁻: PH: BE: PO²: PCO²:

EAS:

CULTURAS (/ /):

IMAGEM

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

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

Cl: HCO³⁻: PH: BE: PO²: PCO²:

EAS

IMAGEM

ANTIBIÓTICO

USADO:

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIÓTICO:

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUÍDA

EVOLUÇÃO 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 749 / R2

Unidade: HC
Nome: SOLTEIRO DOS SANTOS SÔNIO
Idade: 49 anos REGISTRO: _____
Bloco: 3B Enfermeira: 349 Leito: _____
U.T.I.: _____ Emergência: _____

De:

ORTOPEDIA

Para:

COLETOLOGIA

Dados Clínicos:

Paciente com fratura de fêmur distal

(15)

Soluto disco colúmbio

14.02.2020

Data

Dr. Lidal Alcencar
Clínico Geral
CRM 1517

médico

Anal. (R)

Im Amex

3

34 / 02 / 2020

Data

Luís Américo 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 Intraabdominal, 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 (> 25 pts)	22%	56%

H.D.A.: fratura fêmur distal

H.P.P.: hipertensão arterial sistêmica

Cirurgias prévias: nenhuma

H.FAM.: nenhuma

Tabagismo: φ

Etilismo: normal

Exame físico: normal

A.C.: RCR II BNT II

PA: 110 x 80 mmHg

FC: 70 bpm

FR: 20 irpm

Exames Laboratoriais:

- Hb 10,4 g/dl; Ht 31 %; Leucócitos 6.730 PLT 432.000;

- TC — TS — TAP 6,9 INR 0,5

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

Radiografia de Tórax: ILT 0,5

ECG: RS, ST (N)

Comentários: Idade avançada

Boa Vista/RR, 14/07/2020

Assinatura
Lais Amélia Moura de Oliveira
Clínica Médica / Cardiologia
CRM 1550

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 ³ /uL	4.0 - 10.0 x10 ³ /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 ⁶ /uL	4.32 - 5.52 x10 ⁶ /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 ³ /uL	150.0 - 400.0 x10 ³ /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: Roseminam 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 ³ /uL	4.0 - 10.0 x10 ³ /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 ⁶ /uL	4.32 - 5.52 x10 ⁶ /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 ³ /uL	150.0 - 400.0 x10 ³ /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: Roseminam 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

Setor: BLOCO 3B

Leito: 349

Data de Emissão: 27/01/2020 12:08

Recebimento:

Amostra: 7001586902

Resultado de Exame

DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO

Métodologia: M11 - Cinético Picrato Alcalino

CREATININA

Resultado

0,97 mg/dL

Referência

Sem Referência

Notas

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

DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO

Métodologia: M17 - Cinético Uv (urease)

URÉIA

Resultado

26,27 mg/dL

Referência

15.0 - 40.0 mg/dL



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

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

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

16/02/2020 08:05

(*) Retificado

Página 1 de 1



Paciente: Sergio Dos Santos Silva

Solicitação: 70015869

Número Interno:

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: Roseminiam Izabel Moscato - Farmacêutica/Bioquímica - CRF - RR 245/09

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

16/02/2020 08:05

(*) Retificado

Página 1 de 1

E



SERGIO DOS SANTOS SILVA

2702

HOSPITAL CORONEL MOTA

Fabiola Castro

E



SERGIO DOS SANTOS SILVA

3773

HOSPITAL CORONEL MOTA

Fabiola Castro