

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

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<div>[-]</div> 11	16/02/2021 15:45:57	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
11.1	Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2784781CONTESTACAO01.pdf Público
11.2	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2784781CONTESTACAOAnexo02.pdf Público
11.3	Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KIT SEGURADORA LDER.pdf Público
10	15/02/2021 09:33:16	LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 18/02/2021 referente ao evento de expedição seq. 8.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
9	12/02/2021 17:13:13	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de SERGIO DOS SANTOS SILVA) em 12/02/2021 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (03/02 /2021) e ao evento de expedição seq. 7.	Wallyson Barbosa Moura Advogado
<div>[+]</div> 8	12/02/2021 15:22:12	EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis	DEBORA LIMA BATISTA Analista Judiciária
7	04/02/2021 19:55:22	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de SERGIO DOS SANTOS SILVA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (03/02/2021)	Jhonatan de Almeida Santil Analista Judiciário
<div>[+]</div> 6	03/02/2021 15:03:36	CONCEDIDO O PEDIDO	PHILLIP BARBIEUX SAMPAIO Magistrado
5	02/02/2021 17:21:12	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	02/02/2021 17:21:12	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	02/02/2021 17:21:11	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	02/02/2021 17:21:11	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 1ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
<div>[+]</div> 1	02/02/2021 17:21:11	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Wallyson Barbosa Moura Advogado

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: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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:

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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 (val 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,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

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

Fls: 1
Visto:

AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé, que a presente fotocópia
é a reprodução fiel do Original.
Boa Vista, 30 de Janeiro de 2020
Assinatura: *[Assinatura]*
Nº: 000066021/2020



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

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/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário 04.819.323/0004-05	Placa NAQ-6455
Renavam 01152146634	Número do Motor CSE301339
Número do Chassi 9BWAG45U6JT152311	Ano/Modelo Fabricação 2018/2018
Cor BRANCA	UF Veículo RR
Município Veículo Boa Vista/RR	Marca/Modelo VW/NOVO GOL TL MCV
Modelo VW/NOVO GOL TL MCV	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Depositário, Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

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

09/04/2020

Via de Pagamento para o mes/ano: 03/2020 referente a UC: 703494



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4853965

ELIETE ARAUJO DA SILVA

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

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

RR

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

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

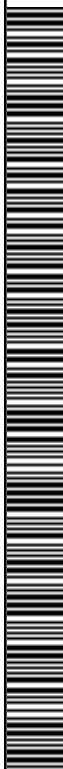
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

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

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059





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

Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200243257

Vítima: SERGIO DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 18/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SERGIO DOS SANTOS SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15931190



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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01341/01342 - carta_15R - INVALIDEZ



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJTGA KGMQC NUL6H R5KMD





RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené 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 autorizado pela SEFAZ 358/13

Nº da Nota Fiscal 4342893

0114139-2

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

MARCO/2020 06/04/2020
ANITA HILTON DOS SANTOS
R. 03 174 JARDIM TROPICAL
CEP: 69.114-615 - BOA VISTA

269 183,36
CPF: 00018119387104

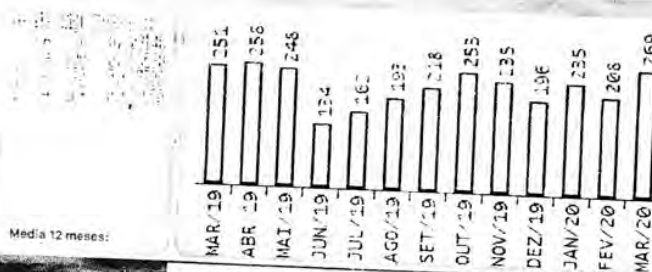
DADOS DA LEITURA (KWH)	DADOS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 183,36	Atual: 20 04 2020	Grupo/Subgrupo: 1.5.1.2
Anterior: 147,40	Anterior: 17 04 2020	Classe/Subclasse: RESID. EN. REND.
Dias de consumo: 15	Próxima leitura: 27 04 2020	Ligação: BIPOLAR
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 17 04 2020	Número Medidor: 122800009
Consumo medido: 35,96	Apresentação: 20 04 2020	Forma de Faturamento: RFBAL
Consumo Faturado: 35,96		Modalidade: H 1516444

C.C.FINHO

30 A R\$	0,258788 =	7,76
70 A R\$	0,443643 =	31,05
120 A R\$	0,665471 =	79,85
49 A R\$	0,739405 =	36,23
	50,74	

SE RENDIMENTO BAIXA RENDA
CORREÇÃO MONETÁRIA 10 07/20-00
MULTA POR ATRASO DE 1 07/20-00
JÚRIS DE HORA POR ATR 07/20-00
MULTA POR ATRASO 07/20-00
JÚRIS DE HORA DE IMPO 07/20-00
RE REDIÇÃO PÚBLICA

25,27



Medida 12 meses:

MENSAGENS IMPORTANTES
REAVISO DE VENCIMENTO

LINE 0000139-2 - RORAIMA ENERGIA S.A. 16 11 16 01 20
Parabéns! Até o dia 15-02-2020, não existiam faturas vencidas nesta Unidade Consumidora.

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$			
Energia:	60,30	Encargos:	4,74	Base de Cálculo:	154,8	ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,30	Tributos:	29,58	PIS:	0,25%	VALOR	26,83
				CORFINS:	1,75%		0,59
							2,75

INDICADORES DE CONTINUIDADE				PERÍODO DE APURAÇÃO			
	Realizado	Planejado	Variação				
Mensal	8,35	17,70	35,40	Mensal	8,46	16,92	33,84
Trimestral				Trimestral			
Anual				Anual			
Realizado	0,62			Realizado	1,00		
Planejado				Planejado			
Variação				Variação			
Conjunto	0,62			Conjunto	0,62		

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



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Geraio dos Santos Silva
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Gerente Geral RG: 86648
CPF: 451.874.791-72 ENDEREÇO: Rua 08 174
BAIRRO: Jardim Tropical CIDADE: Bom Jesus
CEP: 69.314-615

VÍTIMA: Geraio 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: 239777 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.

Bom Jesus RR, 18 de Maio de 20 20

Geraio dos Santos Silva
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito



William gonçalves franco
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 239717 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/10/2016

NOME
WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO
GERALDO ROCHA FRANCO
MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE
SANTA INÊS - MA

DATA DE NASCIMENTO
09/12/1978

DOC. ORIGEM
CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35
2 OF BOA VISTA - RR

CNPJ
825.396.343-20

VIA
2

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Policial-Capitão da Polícia Civil
Diretor do SDC

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 BARROSA SILVA
ANITA DOS SANTOS SILVA

NATURALIDADE
BARRA DO GARÇAS - MT

DATA DE NASCIMENTO
31/08/1970

DOC. ORIGEM
CERTO CÁS AVERB SEPARAÇÃO 12883 FLS 173 LIV 8-49

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 29/03/83

P 1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 **Polegar Direito** 

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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SERGIO DOS SANTOS SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

SERGIO DOS SANTOS SILVA : 451.874.791-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO





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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco

inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343 / 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

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

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Gurgio 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

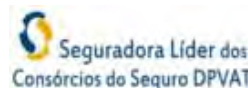
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua CC 11</u>	Número: <u>294</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Laura Moreira</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>W.Franco992@gmail.com</u>	CEP: <u>69.318-050</u>	Tel. (DDD): <u>9911 3-3856</u>

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

William Gonçalves Franco
Assinatura do Declarante

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0190473/20

Vítima: SERGIO DOS SANTOS SILVA

CPF: 451.874.791-72

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SERGIO DOS SANTOS SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

SERGIO DOS SANTOS SILVA : 451.874.791-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/07/2020
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: FRATURA DO FÊMUR ESQUERDO.
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 26,41
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.
Sequelas: Com sequela
Documento/Motivo:
Nome do documento faltante:
Apontamento do Laudo do IML:
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.
Documentos complementares:
Observações: 42

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

Ortopedia Dr. Max
Ponte sobre última do osso
com mola com guias de dor
em caso E.
No Ra Apresento fratura em
femur E em espinal Distal
O2 Intenso para progi
mosso cirurgico.

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

PREFEITURA BOA VISTA		EQUIPE SAMU BV		UNIDADE PRATO II		EQUIPE: Manuella / Mendes		SAMU 192	
Paciente: Sra. dos Santos Silva		Idade: 49 anos		Sexo: M					
Nacionalidade: Brasileira		Raça: Branca		[] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia					
Endereço: Av. Gláucio de Paula		Bairro: Centro							
Nº 1018		DATA 12/01/2020		HORA J/9: 15:32		BASE () VIA [X]		[X] RÁDIO	
Médico (a) Regulador (a): Dr. Wilson		HORA J/10: 15:39						[] CELULAR	
Título: Tm. de 1º		Prox. de CPC							
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora (X)		1 a 3 horas ()		4 a 24 horas ()		Mais de 24 horas ()		Não sabe ()	
TIPO DE OCORRÊNCIA									
<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito <input type="checkbox"/> Urgência psiquiátrica <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Urgência obstétrica									
<input type="checkbox"/> Agressão física / espancamento <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Choque elétrico <input type="checkbox"/> Transferência									
<input type="checkbox"/> Agressão física - FAF <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Exame complementar									
<input type="checkbox"/> Agressão física - FAB <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Urgência clínica <input type="checkbox"/> Outros									
ACIDENTE DE TRÂNSITO									
VITIMA		MEIO DE LOCOMOÇÃO		OUTRA PARTE ENVOLVIDA		ITENS DE SEGURANÇA			
<input type="checkbox"/> Pedestre <input checked="" type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Ignorado		<input type="checkbox"/> A pé <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Micro-ônibus <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Outro <input checked="" type="checkbox"/> Bicicleta		<input checked="" type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Animal <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Micro-ônibus		<input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Assento para criança			
VIAS AÉREAS		VENTILAÇÃO		CIRCULAÇÃO		AVÁL. NEUROLÓGICA			
<input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Eupneia <input type="checkbox"/> Apneia <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Taquipneia		<input type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Pulso radial ausente <input type="checkbox"/> Pulso central ausente <input type="checkbox"/> Cianose central <input type="checkbox"/> Extremidade		<input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midríase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado <input type="checkbox"/> Agitação psicomotora			
SINAIS VITAIS - SINAIS									
Hora		P.A mm/hg		F.C Bpm		F.R Mpm		Sat O ₂ %	
Início 15:54		100 x 70		101		/		97%	
Fim 16:10		100 x 60		100		/		97%	
T. Axilar °C									
Glicemia									
Esc. visual "DOR"									
Glasgow 15									
AVALIAÇÃO FÍSICA									
LESÃO IDENTIFICADA						ABERTURA DE FERIDA			
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						<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 3 - Ao comando 2 - A dor 1 - Sem resposta			
						RESPOSTA VERBAL			
						<input checked="" type="checkbox"/> Orientado 4 - Confuso 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Sem resposta			
						RESPOSTA MOTORA			
						<input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos 5 - Localiza a dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Sem resposta			
AVALIAÇÃO CARDÍACA									
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> FV <input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Flutter Atrial <input type="checkbox"/> AESP <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Assistolia		<input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Infecciosa <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input checked="" type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Digestiva		<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso		<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Outros			
GRAVIDADE GOMPOVARA		<input type="checkbox"/> Ileso <input type="checkbox"/> Pequena <input checked="" type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Severa <input type="checkbox"/> Óbito							
Dr. Fernando André Martins Ferreira Cirurgião Oncológico de Cabeça e Pescoço CRM-RR: 1843									
Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)									
INCIDENTES		<input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento <input type="checkbox"/> Hospitalização <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local <input type="checkbox"/> Trote		MEIOS ADOTADOS		<input type="checkbox"/> Polícia Militar <input type="checkbox"/> Bombeiro <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> Outros: <input type="checkbox"/> SMTRAN <input type="checkbox"/> PRF			
RCP		<input type="checkbox"/> Iniciada as: <input type="checkbox"/> Término às: <input type="checkbox"/> RCP com sucesso							

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

GESTANTE			
Idade Gestacional:	<input type="checkbox"/> Movimentos fetais presentes	<input type="checkbox"/> Partes fetais na vulva	
Perda de líquido:	<input type="checkbox"/> Contrações entre 3-5 min.	<input type="checkbox"/> Com cartão da gestante	
BCF:	<input type="checkbox"/> Contrações com duração > 30s	<input type="checkbox"/> Sem cartão da gestante	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> Máscara 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"/> Cricotireostomia 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 nº	<input type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp nº	<input type="checkbox"/> Acesso intraósseo	
MEDICAMENTOS PRESCRITOS			
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
RL 500 ml	500 ml	EV	16:40

INSUMOS UTILIZADOS NA OCORRÊNCIA			

- 06 prais de Luvax proc. P - 01 julho 18
 - 06 prais de Luvax proc. G - 01 Equipamento marcado
 - 02 máscaras descart - Equipamento
 - 03 ataduras de 20cm - Sigdax
 - 01 atadura de 08cm - RL 500 ml

OBSERVAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS
 - Paciente foi o consórcio de maternidade (matrícula de exames/Bicidela Ambulante)
 - ao chegarmos, encontrei paciente em solo, em solo de 19, 19x0,1, LOTE, que me afirmou ter o conduto da Bicidela Ambulante.
 - vítima encontrava-se em UH, apresentando fratura fe devida de Fêmur (E), foi realizada imobilização, no tórax de trauma, e ferido SSV.
 - Realizado A/P, vítima encontrava-se com fratura de fêmur conforme Cruzamento 192.

Juvenilda Lopes
 Tio. Enfermeiro
 1909 519-765



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Sergio dos Santos Silva 49 ANOS,
DE ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 15/02/2020, COM
DIAGNÓSTICO DE fratura de fêmur distal esquerda
NO DIA 19/2/2020 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
osteossíntese de fêmur distal E SENDO
OPERADO PELO DR. Vitor Montenegro E DR. Bruno Figueiredo
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 20/02/2020 ÀS 10h30min, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 3/13/2020 ÀS 7h00min, COM O
DR. Vitor Montenegro

ORIENTAÇÕES GERAIS:

1. NÃO FICAR 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.

SUA VISTA

MÉDICO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE: <u>Sergio do Santos Silva</u>			
DIAGNÓSTICO: <u>fratura de fêmur E</u>			
ALERGIAS: <u>neg</u>		HAS	DM2
IDADE: <u>49</u>		LEITO	DATA: <u>18/01/20</u>
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE	SND.	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	manhã.	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SND.	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SC	<u>18 24 06 12</u>	
5	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA	SND.	
6	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 5		
7	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	SND.	
8	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SND.	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN		
10	<u>Flud 20mg EV de 12/12h</u>	<u>18 06</u>	
11	<u>Flexon 40mg SC 1x/dia</u>	<u>20</u>	
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 mmHg		
20	SSVV + CCGG 6/6 H		
21	CURATIVO DIÁRIO		
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
EVOLUÇÃO MÉDICA: # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRACÇÃO TRANSESQUELÉTICA, SEM QUEIXAS ALGICAS # SOLICITADO: # CONDUTA: # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:			
SINAIS VITAIS			
6 H	<u>110x 75</u>	<u>96</u>	<u>FR 35.8</u>
12 H			
18 H			
24 H	<u>120x 80</u>	<u>96</u>	<u>36.3</u>

MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1964

20:20h PA: ?
TAX: 37.1°C
FC: 76 bpm
FR: 18 rpm

Neste Paciente foi admitido
21h - Pd. m. cpm + sup

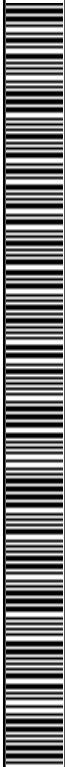
Maria Marlene L. Rez.
Auxiliar de Enfermagem
CORENRR nº 102

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	NEGA																										
IDADE	LEITO	101-1	DATA	19/01/2020																										
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO																									
1	DIETA ORAL LIVRE				SND																									
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				MANTER																									
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H SN				SN																									
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN				SN																									
5	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				16																									
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				86																									
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN																									
10	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN				SN																									
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN																									
17	SSVV + CCGG 6/6 H				Ron m																									
18	CURATIVO DIÁRIO				Ron m																									
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, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITADO: # CONDUTA: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:</p>																														
Dr. Marcos Aguiar Médico CRM-RR 1995																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="5">SINAIS VITAIS</th> </tr> <tr> <td>6 H</td> <td>PA</td> <td>FC</td> <td>FR</td> <td>T</td> </tr> <tr> <td>12 H</td> <td>92x69</td> <td>89</td> <td>-</td> <td>36,5</td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>110x70</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>						SINAIS VITAIS					6 H	PA	FC	FR	T	12 H	92x69	89	-	36,5	18 H	110x70	86	20	36,5	24 H	105/63	82		36,2
SINAIS VITAIS																														
6 H	PA	FC	FR	T																										
12 H	92x69	89	-	36,5																										
18 H	110x70	86	20	36,5																										
24 H	105/63	82		36,2																										
DR. PEDRO DE SOUZA FAUSTO MEDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 2028																														

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

Marizelina Sampaio Ferreira
 COREN-RR 754419 TE



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	18/01/20		DN
PACIENTE SERGIO DOS SANTOS SILVA					
AGNÓSTICO FX FEMUR E					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	101-1	DATA	20/01/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				JND
2	ACESSO VENOSO PÉRIFÉRICO				MAN TER
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	NALBÚFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				S/N
8	OMEPRÁZOL 40MG EV 1XDIA				S/N
9	METOCLOPRÁMIDA 10MG EV 8/8H S/N				S/N
10	SIMÉTICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN				S/N
16	CAPTOPRIL 25.mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S/N
17	SSVV + CCGG 6/6 H				Realizar
18	CURATIVO DIÁRIO				Realizar
19					
20					
21					
<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, ÁFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITADO: # CONDUTA: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:</p> <p style="text-align: right;">Antonia Rodrigues Técnica em Enfermagem COREN-RR 784.228 TE 07 de 19 hs</p>					
SINAIS VITAIS				DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO MÉDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM - RR 2028	
6 H	PA	FC	FR		
12 H	121/60	72	-	36°C	
18 H	108/60	91	-	36°C	
24 H	130/60	84	-	36°C	

06h 120/70 86 36°C

6h Administração
medicações cvm
feridas SSVV
limpezas gerais

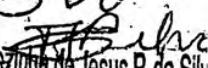
Antonia Rodrigues
Téc. Enf.
040470

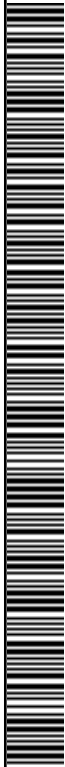
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	18/01/20.	DN	
PACIENTE SERGIO DOS SANTOS SILVA					
AGNÓSTICO FX.FEMUR E					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	101-1	DATA	21/01/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACÊSSO VENOSO PERIFÉRICO				SN
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H SN				SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN				SN
5	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				SN
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				SN
9	METOCLOPRAMIDA 10MG-EV 8/8H S/N				SN
10	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN				SN
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160.E OU PAD > 110 MMHG				SN
17	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
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	130x80	94		35.2	
24 H	117x63	90		36.9	
DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO MÉDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-BR 2028					

Jacqueline Ferreira de Aguiar
Técnica de Enfermagem
COREN-PA 54997-TE

18:00 p.a no leito, agido os SSVV
segue aos cuidados da Enf
Gisele

Plantão das 19:00h às 7:00h Paciente
no leito. Adm. m.cpm Aferido SSVY


Terezinha de Jesus P. da Silv
COREN-PR 427910 - AE



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	18/01/20.	DN	
PACIENTE SERGIO DOS SANTOS SILVA					
AGNÓSTICO FX FEMUR E					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	101-1	DATA	22/01/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H SN				SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN				
5	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				AB
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
10	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN				SN
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
17	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
18	CURATIVO DIÁRIO				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, EÚRNEICO, 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	Temp	
12 H	106x72	67		36°C	
18 H	120x80	93		36,4°C	
24 H	130x90	83		36,8°C	

07-13h - Paciente acordado, higienizado,
às 12h verificado SSVV, sem medicação
até 8/0 horário. Sem queixas, segue
aos cuidados da equipe. Tec. Enf. Kenany

Coren-rr
1248368

VR5: A 06:00 do dia 21
PA = 120x80 FC = 92 T = 36,5

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

VIS: Ao ob: on do dia 23/01/20, o paciente no litto meliod
e P_m l₂m intercorvência e segue as cruidades da lnp
maçm forionl //

Assinado digitalmente por
Auxiliar de Enfermagem
RPM-RP 000 461 072

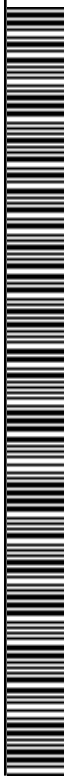


101-1

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					
AGNÓSTIC FX FEMUR E					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	101-1	DATA	23/01/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SA
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				MANTIDA
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H SN				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN				SA
5	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				16
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				SA
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N.				
10	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN				
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SA
17	SSV + CCGG 6/6 H				SA
18	CURATIVO DIÁRIO				curativo
19					
20					
21					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA: # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITADO: # CONDUTA: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:					
SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR		
12 H	140/77	98	-	30	
18 H					
24 H					
DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO MEDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR-2028					

12h. Afendo SSV, sem
feridas 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 Retaguara justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico- assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferencia para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

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

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

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, 23 de Janeiro de 2020.

Assinatura do paciente: Sergio dos Santos Silva

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: _____

CRM 1904, DR

Assinatura/carimbo do Médico Regulator

Dr. André Santos Marcella
Médico
CRM-RR 1904

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

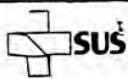
Dr. Vitor de F. Figueira
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2028


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

André Santos Marcell
Médico
CRM-RR 1004

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

TRANSF: 23/01/2020

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: NIR				3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: NIR		4 - CNES	
Identificação do Paciente				6 - Nº DO PRONTUÁRIO		178274	
5 - NOME DO PACIENTE: Sergio das Santos Silva				8 - DATA DE NASCIMENTO		3/18/70	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				9 - SEXO		Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: Anita Das Santos Silva				11 - TELEFONE DE CONTATO		Nº DO TELEFONE	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): R: 8, 174 Jardim Tropical				14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF: RR	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Boa Vista				16 - CEP			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: paciente apresenta sinais de acidente de trânsito causando fratura em fêmur esquerdo em espinal. 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: fratura E							
21 - CID 10 PRINCIPAL							
22 - CID 10 SECUNDÁRIO							
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS							
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Internação							
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO							
26 - CLÍNICA							
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO							
28 - DOCUMENTO () CNS () CPF							
29 - Nº 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): [Carimbo]							
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							
37 - CNPJ EMPRESA							
38 - SÉRIE							
39 - CNAE DA EMPRESA							
40 - CBOR							
41 - CBOR							
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO							
AUTORIZAÇÃO							
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR							
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF							
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 18/11/20							
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): [assinatura]							
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 0308010019 7068 5773 V299							

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAIADO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
BLOCO A					
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE GERENCIANTE					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE				4 - CNES	
SUS 704 608 143 784 527					
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				6 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE				178274	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO	
7041608143784527				31/08/70	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO	
Anita dos Santos Silva				915 81212461236	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)				15 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
Rua 8 N° 174 Jardim Tropical				15 - UF	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				16 - CEP	
Bom Jardim				14000 Rio	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
18 - CONDIÇÕES CLÍNICAS, MOTIVO DA 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 TERCIÁRIO 24 - CID 10 QUATRO					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
26 - CLÍNICA 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 28 - DOCUMENTO 29 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE E ASSISTENTE					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE E ASSISTENTE 31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)					
16/02/20					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - ACIDENTE DE TRABALHO 34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO 35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO 36 - CNPJ DA SEGURADORA 37 - N° DO BILHETE 38 - SÉRIE					
39 - CNPJ EMPRESA 40 - CNAE DA EMPRESA 41 - CNCR					
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA 43 - EMPREGADO 44 - EMPREGADOR 45 - AUTÔNOMO 46 - DESEMPREGADO 47 - APOSENTADO 48 - NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR 49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
45 - DOCUMENTO 46 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)					

112-01

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	SERGIO DOS SANTOS SILVA				
GNÓSTICO	FX FEMUR DISTAL E				
ALERGIA	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	349	DATA	16/2/2020
ÍTEM	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 DO				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMM				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CURATIVO DIARIO sn				SN
12	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 + PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

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~~

SINA/IS	PA	FC	FR	TEMP.
6 H	90/75	70		38.1
12 H	150x70	84	—	38.6
18 H	120x70	82		36.2
24 H	100/70	73		36.0°C

HOSPITAL GERAL DE HORAIMA
 AV. Srg. Eduardo Gomes, 5/A
 Novo Planalto - Tel. (41) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
 19 MAR 1994
 Certificado e Autenticado presente
 cópia de reprodução Original
 que foi apresentada neste Hospital

06h: Paciente no leito, sem
queixos. Verificada SSUV.
segue aos cuidados da
enfermagem.

Lisa
Diana S. Perry Ferrell Dittus
COREN-RR 876,089-IL



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
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 IN		
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 dor real não de
simpler*




SINAIS VITAIS	PA	FC	FR
6 H			
12 H	137 x 83	69	20
18 H	122 x 87	77	35,6 °C
24 H	120 x 70	75	

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

*Tardi - 75500
Aidada gerar
fita
sem queixas*

*Uezilande Melo de Souza
COREN-RR 292.369 - TF*

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

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

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> Localização 9 MAR Certificação cópia e el Retrolap... que fo ap... Este Ho... </div> <div> HOSPITAL GERAL de Fortaleza AV. Bna. Eduarda Gomes S/N Novo Planalto Tel. (81) 21-0620 AUTENTICAÇÃO </div> </div>	Região: <u>MJE</u> Grau: I() II()	 <input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma : <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	Região: Grau: I () II ()	 <input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma : <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:
Aparência do Leito		<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:
Tipo de Exsudato		<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossangüíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossangüíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossangüíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:
Quantidade de Exsudato		<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco
Solução de Limpeza		<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%
Cobertura primária		<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:
Troca		<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	 Manoel Reis Fontes Núcleo de Emergência Coordenador			
Observações:				

PRÉ-ANESTÉSICO

1914 31,08,70

Nome: Sergio dos Santos Silva Id. Enf. 112 Leito: 01 Serv. Cardiologia
Sexo: masculino Cor: pl Idade: 44 anos Peso: 84 Kg Alt.: 1.70 m Classe: II Data: 18/02/20 Hora: 13.00
Diagn. Pre-OP: Fratura de fêmur distal esquerda por mecanismo (II-26) Patol. Assoc.: Nega (comida dolo)
Cir. Proposta: Osteossíntese de fêmur distal
Anest. Ant.: sem anestesias prévias
Alergia: benzodiazepínicos
Alcool: regularmente Fumo: X
DROGAS: (Corticóide, fenotiazínicos, hipotensor, narcotráfico, hipotico, digitalico, anticoagulante, diurético, antibiótico, sulfas, antipsicóticos, antidepressores, IMAO, outros) não usa de nenhuma substância
Estado Mental: lúcido Boca: normal
Pescoco: boa mobilidade em passivas Veias: sem aneurismas
RX: 1 extensão
Feses: sem
Hepatograma: sem
Outros: sem
Parecer Clínico: Osteossíntese do fêmur esquerdo distal, Colman 2
PA: 120/80 Pulso: 72 Temperatura: 36.5

Medicação Pré - Ant.	DOSE	VIA	HORA

Sangue Tipo: B+ Leuco: 6.45 x 10⁹ Ht: 31% Hb: 10.40
Hm: 24 x 10⁹ tc: 1.2 ts: 0.1 p. Lazo: 0.1
r. Coag: 12.00 Pg: 412.000 Uréia: 26.17
creat: 0.73 Glic: 100 Na: 135 mEq/l
Cl: 100 mEq/l k: 4 mEq/l pH: 7.38 pO2: 95
pCO2: 35 BA: 10 BR: 10 BS: 10 BF: 10
URINA: 100 pH: 6.5 glic: 0 Alb: 3.5
Sedim: sem
Ap. gen. Un.: NDN
AP. Resp: Pulmos limpos
AP. Circ: RRR 21 bpm 2/2 pulso
AP. Digt: NDN
S. Osteo - Art: motus anestesico
S. Nerv: NDN
S. Endoc: NDN
Est. Fis (ASA): I AN. Proposta: Osteossíntese
NB: sem
Assinatura: [assinatura]

PÓS-ANESTÉSICOS

NA SALA DE RECUPERAÇÃO

NA ENFERMARIA

Data / / Hora : :

coagulograma TAP 6.9"
RNI 0.57"
TTPA 43.2" Solução via

Assinatura _____

Data / / Hora : :


Interlus novo coagulograma avaliado por assistência
Conferindo Resultado de 3 unidades de CH
na agulha transfusional

Paciente foi orientado em relação ao jejum
e ao procedimento assistencial a ser realizado

Assinatura _____

HOSPITAL GERAL DE MORAIMA
Av. Brás. Eduardino Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (43) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
09 MAR 2011
Certifico e Atesto que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi anexada neste Hospital.



 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
Identificação do Paciente		6 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		9 - SEXO	
		Masc <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem <input checked="" type="checkbox"/> 3	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		11 - TELEFONE DE CONTATO	
		N° DO TELEFONE	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
		15 - UF	
		16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
Pericite com fratura distal esquerda			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
TTO clausso			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
Artrorress + RX + EA. FV/Neo			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL			
Fratura distal @			
21 - CID 10 PRINCIPAL			
22 - CID 10 SECUNDÁRIO			
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
Ortopedia			
28 - DOCUMENTO		29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
() CNS () CPF			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
		18/02/20	
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		33 - SÉRIE	
Dr. Pedro de S. Augusto Médico Residente Ortopedia e Traumatologia			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		37 - N° DO BILHETE	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		38 - SÉRIE	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		39 - CNPJ EMPRESA	
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO		40 - CNAE DA EMPRESA	
		41 - CBOR	
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	
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)	
		49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	



BOLETIM OPERATÓRIO

Sergio dos Santos
S/RS

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 18.02.20

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

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 Sueton Silva, M. U. A.

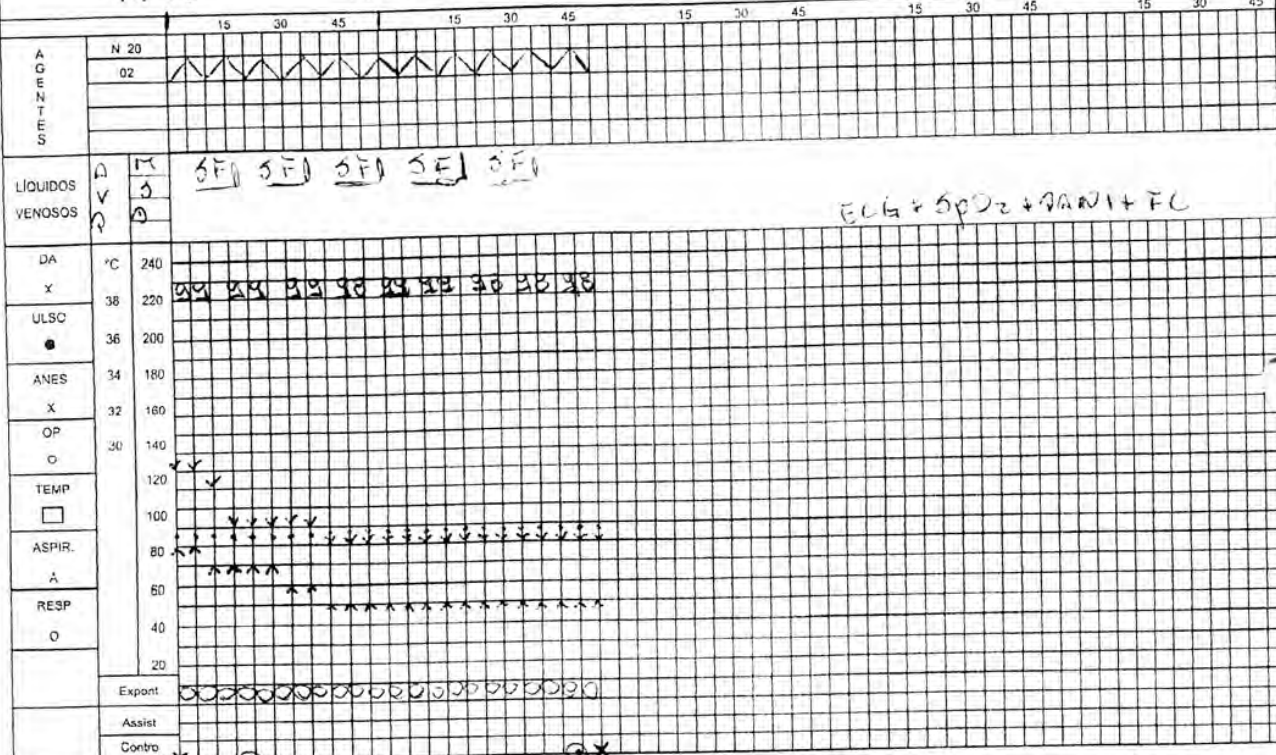
PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

N

14:05

15:00

18.02.2020.



SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A. Fentanil 100 µg		Intubação com hiper	1. Chegada + monitorização.
B. Midazolam 5 mg		basta com sedação	2. Fentanil 100 µg IV
C. Propofol 25,4 mg		sob sedação profunda	3. Midazolam 2,5 mg IV
D. Morfina 100 µg		sem	4. Sedado
E.			5. Intubação SA, L2-L3/asséptica
F.			Quimioterapia 20 / L2-L3
G.			6. Propofol 25,4 mg SA +
GLICOSE	LIQUIDOS	Cânula - Nasal / Orofaringea	Morfina 100 µg SA
NDCD		Naso / Orofaringea - Cava	7. O2
SANGUE		Btl - Temp - Calibre do Tubo	8. Uprilax 2 g IV
		Sob Mascara	
		Dificuldade Técnica	
TOTAL	2500 ml	TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO	Tratamento cirúrgico de platano		
	de fêmur (E)		

ANESTESIA: Dr. Welton
CÓDIGO: Heider Bernardino
CIRURGIÃO: Dr. Ditor M.
PERDA SANGÜÍNEA: compatível.

OK



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		44a	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Sérgio dos Santos Silva		112-01	178274	18/02/2021	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
Wlessintese de fêmur (E)		14:29	16:05		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:		Dr. Helder		
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:		R. Daniel		
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR				
	CIRCULANTE				
	TEMPO DE DURAÇÃO:				
TIPO DE ANESTESIA: Sedação + Raquí + BF					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1000	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO - 500ml	
100	PACOTES GAZE		1	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0		1	FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº 2-0	
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2-0	
1	LUVA ESTERIL 8.5		1	FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
100	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS (P/M/G)		1	FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 20		1	FIO CATGUT SIMPLES Nº	
1	DRENO DE SUÇÃO Nº		1	FIO CATGUT CROMADO Nº	
1	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/ marqui Nº 26	
1	SERINGA 01ML		1	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 Crepon 30cm	
1	SERINGA 20ML		1	HTA CARDIACA PUDI Sólido	
1	Eletrodos		1	OUTROS: Alcool 70%	
1 Caixa de O2			+ 80ml Pirexidina 2%		
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS			
	Luano	SUB- TOTAL			
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA			
		TAXA DE ANESTESIA			
		SOMA			
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					





"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: 49 a	SEXO: F () M (X)		Nº do Prontuário 178274		Data 18/02/2020		
Bloco: A	Enfermaria: 112	Leito: 01	Nº da Sala 04		Circulante de Sala: Olívia Angela / Raimundo				
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:									

CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:

Cs. Implantes / Instrumentais SDG / SDC

Dados dos materiais/Serviço

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

MÉDICO CIRURGIÃO: Wilton Montenegro

MÉDICO CIRURGIÃO: Flávio Montenegro

1º AUXILIAR: Bruno Figueredo

INSTRUMENTADOR:

Dr Vitor Montenegro

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

[illegible]

MÉDICO CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

1º VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE

2º OPME/CME

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



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

Date: 18/02/2020

Nome: Sérgio dos Santos Silva Setor/Leito: 112-01
Data de Nascimento: 31/08/70 Idade: 49a Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não
de Consentimento Cirurgia: () Sim () Não SRPA

SRPA

[illegible]

Aula 1: O que é Nucleo de Qualidade?

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome João dos Santos Silva
Responsável Cirurgião Dr. Daniel

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

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

RISCO CIRÚRGICO

☒ Aplica ☐ Não se Aplica 07 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

Data 18/02/2020

Assinatura

Hora:

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista Helena

Dr. Daniel

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☐ Identificação do paciente
☐ Sítio cirúrgico
☐ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☐ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

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

☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Não se aplica
☒ Sim,

Qual:

Hora:

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim

☐ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
☒ Sim ☐ Não

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

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


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



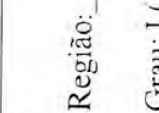









☐ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE
☐ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Assinatura e Carimbo
José Luciano dos Santos
COORDENADOR DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Tratamento de Feridas -	Paciente: <u>Bergio dos S. Silva</u>			
	HGR	Leito: <u>112-1</u>	Data: <u>13/02/2020</u>		

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

312-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE <i>João Alves Barbosa Filho</i>					
AGNÓSTICO <i>João Alves Barbosa Filho</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 + SF 0,9% 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. F. F. Costa
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2076

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	TX
12 H				
18 H	111/70	69	22	21
24 H	110/70	96		36

1610 pontos no exame físico SSVV e CCGG nos membros inferiores os membros superiores

Realizados SSVV. VPM as mud. CPM. Paciente sem queixas, segue em cuidados de enfermagem.

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

112-L



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Secretaria de Saúde de Roraima

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/02/2020	DN	
PACIENTE	SERGIO DOS SANTOS SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX DE FEMUR DISTAL ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	112-1	DATA	20/02/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SNP
2	AVP				manhã
3	CLINDAMICINA 600MG EV DE 6/6H <i>em VO</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				CC
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IR				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				DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM- RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H				
24 H				

Anda



112-1



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Sergio da Silva Filho 45 ANOS.
DE ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 13/02/20, COM
DIAGNOSTICO DE fratura do fêmur distal
NO DIA 12/02/20, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
osteotomia de Yankin SENDO
OPERADO PELO DR. Vitor Martins E DR. Guilherme F. Silva.
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 20/02/20 ÀS 10h00, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.

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

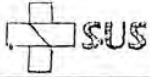
ORIENTAÇÕES GERAIS:

- 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. Sergio da Silva Filho

BOA VISTA, 16/02/2021

MÉDICO

 <div>Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde</div>		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		6 - N° DO PRONTUÁRIO	
Sergio dos Santos Silva		178274	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
704608143784527		31/03/75	
9 - SEXO		11 - TELEFONE DE CONTATO	
masculino		3111111111	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)	
Ana dos Santos Silva		Rua 8 N° 174 Jardim Tanque	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
Bom Jesus		15 - UF	
		16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
18 - CONDIÇÕES CLÍNICAS DE INTERNAÇÃO			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO			
21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 TERCIÁRIO			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
28 - DOCUMENTO		29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
() CNS () CPF			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
		32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
		16/02/2021	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - ACIDENTE DE TRABALHO		35 - CNPJ DA SEGURADORA	
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		37 - N° DO BILHETE	
35 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO		39 - CNPJ EMPRESA	
40 - CNAE DA EMPRESA		41 - CBO	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		43 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	
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: SAGIO DOS SANTOS SILVA DN: / /

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: 10:00h

Dr. Marcelo Marques

Médico

CRM 19187/RN

CRM 19118

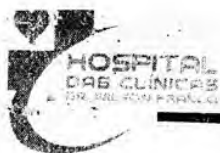
Assinatura/carimbo do Médico Assistente

Autorização de Transferência para Hospital Geral de Roraima/HGR

Assinatura/carimbo do Médico

CRM 749 / RN

EXAMES
ANEXOS



PEDIDO DE PARECER

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

De: ORTOPEDIA

Para: COLETORES

Dados Clínicos:

Paciente com fratura de fêmur distal

(15)

Solteiro 2500 cm

14.02.2020

Data

Dr. Lidiel Alencar
Clínico Geral
CRM 1517

médico

Anal. (R)

em anexo

3

34 / 02 / 2020

Data

Luís Américo Moura de Oliveira
Clínico Geral / Cardiologia
CRM/RQ 1550

médico



AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO



349

NOME: Luiz dos Santos Silva

IDADE: 49 anos

FATORES DE RISCO	PTS
Idade acima de 70 anos	5
IAM há menos de 6 meses	10
B3 ou Estase Jugular	11
Importante Estenose Aórtica	3
Eletrocardiograma:	7
- Ritmo não sinusal ou ESSV	()
- Mais de 5 ESV em qualquer momento antes da cirurgia	()
Estado geral e laboratorial:	3
- $PO_2 < 60$ ou $PCO_2 > 50$	()
- $K < 3$ mEq/L	()
- $HCO_3 < 20$ mEq/L	()
- Uréia > 100 mg/dl ou Creatinina > 3 mg/dl	()
- AST anormal	()
- Paciente acamado por causa não cardíaca	()
Cirurgia Intraperitoneal, Intratorácica ou Aórtica	3
Cirurgia de Emergência	4

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

H.D.A.: fratura fêmur distal

H.P.P.: hipertensão arterial

Cirurgias prévias: nenhuma

H.F.A.M.: nenhuma

Tabagismo: φ

Etilismo: normal

Exame físico: aparece

A.C.: RCR II Bnt de 10 dias

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

Exames Laboratoriais:

- Hb 10,4 g/dl; Ht 33 %; Leucócitos 6.730 PLT 432.000;

- TC — TS — TAP 6,9 INR 0,5

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

27/03/2020.

Radiografia de Tórax: ILT OS

ECG: DS, ST (N)

Comentários: Idade avançada

Boa Vista/RR, 14/03/2020

Assinatura
Lais Amélia Moura de Oliveira
Clínica Médica / Cardiologia
CRM RR 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 249/09
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 %

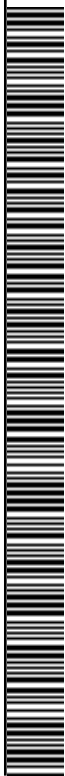
ERITROGRAMA

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





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

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)

Resultado

26,27 mg/dL

Referência

15.0 - 40.0 mg/dL

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

Responsável Técnico: Rosemiriam Izabel Moscato - Farmacêutica/Bioquímica - CRF - RR 245/08
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: 7001586901

COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: PLASMA

Métodologia: M33 - Automatizado (destiny Plus)

	Resultado	Referência
TEMPO DE PROTROMBINA	6,9 seg	10,0 - 14,0 seg
RNI	0,57	0,8 - 1,2
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	43,8 seg	25,0 - 39,0 seg
RATIO	-	0,0 - 1,25
ATIVIDADE DE PROTROMBINA	100 %	70,0 - 100,0 %

Notas

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

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

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

Responsável Técnico: 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



SERGIO DOS SANTOS SILVA

2702

HOSPITAL CORONEL MOTA

Fabiola Castro





SERGIO DOS SANTOS SILVA

3773

HOSPITAL CORONEL MOTA

Fabiola Castro

