

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	Apenasamentos (0)	Vínculos (0)
Realces					
Realçar Movimentos de: <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
Filtros					
Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/>					
11 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 11					
500 por pág. 1					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
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
LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA					
10	15/02/2021 09:33:16	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		
LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA					
9	12/02/2021 17:13:13	(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		
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	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		
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		
1	02/02/2021 17:21:11	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Wallyson Barbosa Moura Advogado		

ITAU - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SERGIO DOS SANTOS SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08526

CONTA: 000000030159-6

Autenticação:

7F897030DD40D67AD958669257AB5290A4924981290E89FDE93FF01B4DBEF9EA



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
451.874.791-72 Sérgio dos Santos Silveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: **Sérgio dos Santos Silveira** 6 - CPF: **451.874.791-72**
7 - Profissão: **Serviços Gerais** 8 - Endereço: **Rua 08** 9 - Número: **174** 10 - Complemento:
11 - Bairro: **Jardim Tropical** 12 - Cidade: **Boa Vista** 13 - Estado: **RR** 14 - CEP: **69.314-615**
15 - E-mail: **99113-3855** 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Itaú**

AGÊNCIA: **8526** CONTA: **301596**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

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 - 1^a | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Boa Vista RR 18 de junho de 2020**

x **Sérgio dos Santos Silveira William Gonçalves**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Fls: 1
Visto:

AUTENTICAÇÃO
é a reprodução fiel do Original.
Boa Vista, 30 de Janeiro de 2020
Assinatura de: [Signature]
Nº: 00006602/2020

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

EN VOLVIDO(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

Nº: 174

Logradouro: Rua: 08

Complemento: Casa

Bairro: Jardim Tropical

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

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Nasc: 14/06/1950 Idade 70

Profissão: Do Lar

Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto

Estado Civil: Divorciado(a)

Nome da Mãe: Abelita da Silva Rosa

Nome do Pai: Aurino Pereira dos Santos Rosa

Documento(s)



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

Página 1 de 2
PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00006602/2020

Fls: 2
Visto:

AUTENTICO
Certifico e dou fé, que a presente fotocópia
é a reprodução fiel do Original.
Boa Vista, 16 de fevereiro de 2021
Assinatura: [Signature]

RG: 196530
CPF: 181.193.871-04

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua 08 N°: 174
Complemento: Casa
Bairro: Jardim Tropical
Telefone: (95) 98114-1995 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

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

Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Depositário, Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante Senhora ANITA que é Procuradora do seu filho e vítima o Senhor SÉRGIO (CÓPIA ANEXA), compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando SÉRGIO estava trafegando a pé em cima da calçada, empurrando o seu carrinho de suco, Que o veículo devidamente descrito acima, subiu na calçada e colidiu em SÉRGIO, lhe causando lesões corporais e danificando-o o seu carrinho de suco. Que o condutor do veículo ocasionador tentou fugir, mas foi impedido por populares. Que ainda no local o condutor do veículo ocasionador pediu para que à polícia não fosse ação, 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 à Senhora ROSANGELA CARVALHO DA SILVA, CPF 320.418.292-49, End.: Rua Edmundo Sales, Nº 929, Bairro: Buritis, Tel. 99111-6461, testemunhou o fato. Que o motorista do veículo ocasionador aparentava estado de embriaguez, segundo testemunhas. QUE DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. É o registro.

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000908
Responsável pelo Atendimento

Sérgio dos Santos Silva
Vítima, Envolvido

*Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que devo origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia 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
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.52250075008.000000000703.349403200059





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 inscrição

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 35%

% Invalidez Permanente DRVAT: (25% do 70%) 17,50%

% Invalidade Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = B\$ 2.362,50

Recebedor: SERGIO DOS SANTOS SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 341

Agência: 000008526

Conta: 0000030159-6

Tipo: **CONTA POUPANCA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

0114139-2

Nº da Nota Fiscal 4842893

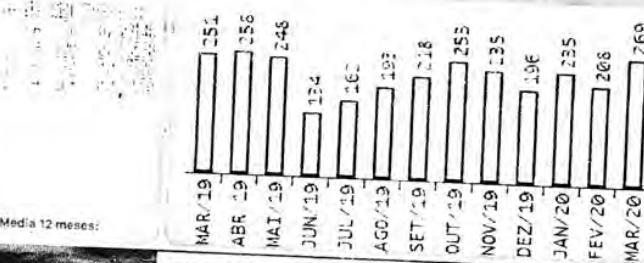
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002. CAM

MARÇO/2020 06/04/2020 269 183,36
ANTÔNIO MELHOR DOS SANTOS
R. 93 174 JARDIM TROPICAL
CEP 69.114-615 - BOA VISTA

CPF: 00018119387104

DADOS DA LEITURA (KWH)		DATAS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	1528	Atual:	20/03/2020	Grupo/Subgrupo:	1.6.1.2
Anterior:	1474	Anterior:	17/02/2020	Classe/Subclasse:	RESID.BA.RENDA
Dias de consumo:	54	Próxima leitura:	20/04/2020	Ligação:	BIFASICA
Constante de Multiplicação:	1.900	Emissão:	17/03/2020	Número Medidor:	112101059
Consumo médio:	2,83	Apresentação:	20/03/2020	Forma de Faturamento:	CBM
Consumo Faturado:	2,75			Modalidade:	H 1516444

CONTRIBUÍDO	VALOR	VALOR
50 A R\$ 0,258788 =	7,76	
70 A R\$ 0,443643 =	31,05	
120 A R\$ 0,665471 =	79,85	
49 A R\$ 0,739405 =	36,23	
	50,74	
SE VENCIMENTO BAIXA RENDA		
CORRIGIDO MONTARTA IG 02/26-00		0,06
MULTA POR ATRASO DE 1 07/20-00		0,75
JUROS DE MORA PGR ATR 02/26-00		0,03
MULTA POR ATRASO 02/20-00		2,22
JUROS DE MORA DE IMPÓ 02/20-00		0,14
EL RELEIAÇÃO PÚBLICA		25,27



Media 12 meses:



LIGUE 0800-015120 E SAIBA SEU NOVAMENTO IG E IR 16 01 26
Parabéns! Até o dia 19/03/2020, não constatamos faltas de versões
na sua Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 013A.2379.105E.FBD9.1D1C.6FC6.E2AD.F839

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia: 6,16	Encargos: 4,74	Base de Cálculo: 154	ALIQUOTA VALOR
6,12	29,76	ICMS: 17,00%	26,33
6,00		PIS: 0,35%	0,55
		COFINS: 1,75%	2,75

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	Mês	Trimestre	Anual	Mês	Trimestre	Anual	Mês	Mês
Realizado	8,31	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82	
Conjunto	8,62		1,00			0,62		
DISTRITO				Período da apuração: 01/2020			EUSD: 49,32	

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Sérgio dos Santos Silveira
NACIONALIDADE: Brasileiro
PROFISSÃO: Concreto Gerais
CPF: 451.871.791-72
BAIRRO: Jardim Tropical
CEP 69.374-615
ESTADO CIVIL: Solteiro
RG: 86648
ENDERECO: Rua 08 173
CIDADE: Boa Vista
VÍTIMA: Sérgio dos Santos Silveira
CPF: 451.871.791-72
DATA DO ACIDENTE:
NATUREZA: () DAMS () INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves França
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: casado
PROFISSÃO: autônomo
Nº DO RG: 239977
DATA DE EMISSÃO: 13-10-16
Nº CPF: 825.396-343.920
ENDERECO: Rua CC 11 294 Lauro Moreira
ÓRGÃO EMISSOR: SSP-RR

PODERES:

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

Boa Vista/RR, 18 de Maio de 2020

Sérgio dos Santos Silveira
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.



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		DATA DE NASCIMENTO	
NATURAL (CIDADE)		09/12/1978	
SANTA INÉS - MA		DOC. ORIGEM	
CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35		2 OF BOA VISTA - RR	
825.396.343-20		AMADEU ROCHA TRIANI Perito Forense/Cientista da Polícia Civil Diretor do IODC	
2 VIA		LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	

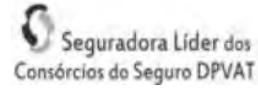
Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006

Validação deste documento em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJTGA KGMQC NUL6H R5KMD





RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0190473/20

Vítima: SERGIO DOS SANTOS SILVA

CPF: 451.874.791-72

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/01/2020

Titular do CPF: SERGIO DOS SANTOS SILVA

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

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

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

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

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco

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

Sergio dos Santos Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 451.874.791 / 72,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez

da Vítima Sergio dos Santos Silveira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 451.874.791 / 72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

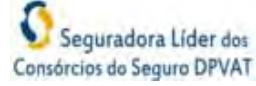
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299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

Endereço:	<u>Rua CC 11</u>	Número:	<u>284</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Loura Moreira</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado:
E-mail:	<u>WFranco9926@gmail.com</u>		<u>RR</u>	CEP: <u>69.318-050</u>

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

William Gonçalves Franco
Assinatura do Declarante

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0190473/20

Vítima: SERGIO DOS SANTOS SILVA

CPF: 451.874.791-72

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/01/2020

Titular do CPF: SERGIO DOS SANTOS SILVA

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 FÉMUR ESQUERDO.

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

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações: 42

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

18/01/2020

... Guia de Atendimento 17 ...

105

Wisteria
Vine

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

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

~~Reclassificação~~
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.: *HC*

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

2001210848		18/01/2020 16:51:24	FICHA DE ATENDIMENTO - TRAUMATOLOGIA			DIURNO 07-19			
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário			
SÉRGIO DOS SANTOS SILVA		31/08/1970	49 A 4 M 18 D		45187479172				
Tipo Doc		Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo:	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
					M		PARDA		BRASILEIRA
Mãe			Pai			Contato			
ANITA DOS SANTOS SILVA			NI			(95) 98114-6230			
Endereço		Ocupação							
RUA - 8 - 174 - JARDIM TROPICAL - BOA VISTA - RR		NÃO INFORMADA							
Class..de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira		Validade	Autorização	Sis Prenatal			
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE								
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.		Procedência	Temp.	Peso	Pressão		
ATROPELAMENTO	URGÊNCIA								
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.			Registrado por:				
GRANDE TRAUMA	SAMU/CAPITAL				LEANDRO				
Seixa Principal		() Síndrome Febril () Sintomático Respiratório () Suspeita de Dengue							

Ínamnese de Enfermagem

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

Pct Veleiro acident. MOTO + GARRA (53c)

Exame Físico

Dr. ENTZ(E)

Hipótese Diagnóstica

F+ hem (F)

SADT - Examens Complémentaires

RAIO-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS

Conduta

- Alta por Decisão Médica
 Alta a Pedido
 Alta a Revelia
 Transferência para: _____

Ambulatório Observação (Até 24h) Internação

Óbito

Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não Destino: () Família

IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

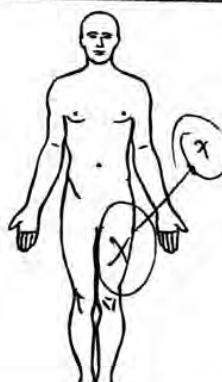
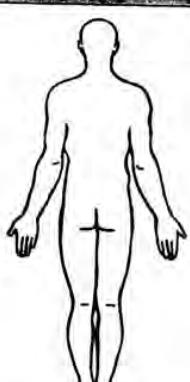
Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: leandro
Data Hora: 18/01/2020 16:56:42



Osteopatia Dr More,
Paciente agente Ultimo de ocidente
com muito com queens de dor
em coto E.
ao RX de Apresento fractura em
femur E em espiral Distal
Dr Interessou para progra-
mosso Cirurgico.

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

 BRAVO II		EQUIPE SAMU BV		EQUIPE: <i>Manualeto / Chaves</i>		 SAMU 192	
Paciente: <i>Sergiu dos Santos Silveira</i>				Idade: <i>69 anos</i> Sexo: <i>M</i>			
Nacionalidade: <i>Brasileiro</i>		Raça: Branca <input checked="" type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena-Etnia					
Endereço: <i>Av. Glaccon de Souza</i>				Bairro: <i>Centro</i>			
Nº <i>1018</i> DATA <i>18/02/2020</i>		HORA J/9: <i>15:32</i>		BASE () VIA <input checked="" type="checkbox"/> RÁDIO		<input checked="" type="checkbox"/> CELULAR	
Médico (a) Regulador (a): <i>Dra. Alison</i>		HORA J/10: <i>15:39</i>				<i>Prox. av CPC</i>	
TIPO DE OCORRÊNCIA							
<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito <input type="checkbox"/> Agressão física / espancamento <input type="checkbox"/> Agressão física - FAF <input type="checkbox"/> Agressão física - FAB		<input type="checkbox"/> Urgência psiquiátrica <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Afogamento		<input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Choque elétrico <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Urgência Clínica		<input type="checkbox"/> Urgência obstétrica <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Exame complementar <input type="checkbox"/> Outros	
ACIDENTE DE TRÂNSITO							
VÍTIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO	OUTRA PARTE ENVOLVIDA		TIPOS DE SEGURO			
<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"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Micro-ônibus <input type="checkbox"/> Outro		<input checked="" type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Ônibus <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		AVALIAÇÃO FÍSICA	
<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"/> Apneia <input type="checkbox"/> Dispreia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Taquipneia		<input type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Pulso radial ausente <input type="checkbox"/> Pulso central ausente <input type="checkbox"/> Cianose central		<input type="checkbox"/> Miose <i>(A)</i> <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria <i>(B)</i> <i>(C)</i> <input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado <input type="checkbox"/> Agitação psicomotora	
SINAIS VITais							
Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"
Inicio <i>15:54</i>	<i>100 x 70</i>	<i>101</i>		<i>97%</i>			<i>Glasgow 15</i>
Fim <i>16:10</i>	<i>100 x 60</i>	<i>100</i>		<i>92%</i>			
AValiação de lesões							
LESÃO IDENTIFICADA						AVALIAÇÃO DE LESÕES 1 - Espontânea 2 - Ao comando 3 - À dor 4 - Sem resposta 1 - Orientado 2 - Confuso 3 - Palavras inapropriadas 4 - Palavras incompreensíveis 5 - Sem resposta 1 - Obedece a comandos 2 - Localiza a dor 3 - Movimento de retirada 4 - Flexão anormal 5 - Extensão anormal 6 - Sem resposta	
1 - Dor 2 - Hematoma 3 - Contusão 4 - Escoriação 5 - Lacerção 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						<i>(15)</i>	
AVALIAÇÃO CARDÍACA		AVALIAÇÃO CLÍNICA		AVALIAÇÃO FÍSICA			
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal <input type="checkbox"/> Flutter Atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial		<input type="checkbox"/> PV <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> AESP <input type="checkbox"/> Assistolia		<input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Digestiva		<input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Infecciosa <input type="checkbox"/> HAS	
GRAVIDADE COMPROVADA		<input type="checkbox"/> Ileso <input type="checkbox"/> Pequena		<input checked="" type="checkbox"/> Média		<input type="checkbox"/> Severa <input type="checkbox"/> óbito	
Dr. Fernando Andre Martins Ferreira Cirurgião Oncológico de Cabeça e Pescoço CRM-RR: 1643							
Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)							
INCIDENTE	<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		<input type="checkbox"/> Policia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> SAMTRAN <input type="checkbox"/> PRF		<input type="checkbox"/> Bombeiro <input type="checkbox"/> Outros:		
POP	<input type="checkbox"/> Iniciada as: _____		<input type="checkbox"/> Término às: _____		<input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso		
SAMU 192-BV CONFERE COM ORIGINAL							

PERÍODO DO PAGEM
TERMO DE RECUSA

Nome do Receptor:

Função do Receptor:

Assinatura do Receptor:

- Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
 Declaro para os devidos fins que estou recusando o transporte para a unidade hospitalar disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:

Assinatura do Paciente:

RG:

TESTEMUNHA 01:

RG:

TESTEMUNHA 02:

RG:

GESTANTE			
Idade Gestacional:	<input type="checkbox"/> Movimentos fetais presentes	<input type="checkbox"/> Partes fetais na vulva	
Perda de líquido:	<input type="checkbox"/> Contrações entre 3-5 min.	<input type="checkbox"/> Com cartão da gestante	
BCF:	<input type="checkbox"/> Contrações com duração > 30s	<input type="checkbox"/> Sem cartão da gestante	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> Máscara laringea	<input type="checkbox"/> Monitorização cardíaca	<input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de fraturas
<input type="checkbox"/> Cânula de Guegel	<input type="checkbox"/> Guia de introdução Bougie	<input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Curativos
<input type="checkbox"/> Cateter nasal: ___ L/min	<input type="checkbox"/> Criotireostomia cirúrgica	<input type="checkbox"/> Headblock	<input type="checkbox"/> Parto vaginal
<input type="checkbox"/> Máscara facial: ___ L/min	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria	<input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa	<input type="checkbox"/> Cesárea de emergência
<input type="checkbox"/> Bolsa-valva-máscara: ___ L/min	<input type="checkbox"/> Dreno de tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Tirantes	<input type="checkbox"/> Imobilização de luxação
<input type="checkbox"/> Intubação orotracheal	<input type="checkbox"/> Descompressão torácica	<input type="checkbox"/> KED	<input type="checkbox"/> Outros:
<input type="checkbox"/> Acesso venoso Gelco n° ___	<input type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp n° ___	<input type="checkbox"/> Acesso intraósseo	
MEDICAMENTOS/PRESORITOS			
FARMACO	DOSE	VIA	HORA
RL 500 ml	500 ml	EV	16:00
INSUMOS UTILIZADOS NA OCORRÊNCIA			
18/01/2021			
-06 pares de luvas proc. P	-01 gelas 18		
-06 pares de luvas proc. G	-01 kit para manter		
-02 molas canas descart	-Enxoval de ambulânc		
-03 atendentes de 20cm	-Segunda		
-01 atendente de 08 cm	RL 500 ml		

OBSERVAÇÕES/INTERCORRENCIAS	
18/01/2021	
<p>- Apresentava fijos e contorcionismo de natureza traumática Cicatrizes de corte / cicatriz de ambulante)</p>	
<p>- Seus chegam em seu tronco em solo, um sento de 1g Preço m. 100%, que no apuramento das ocorrências da Brigada ta ambulante.</p>	
<p>- Vítima encontrava-se em DSA, apresentando fractura fechada de Fíbula (E), foi imobilizada e imobilizada, pro to envio de trauma, o período SSVV,</p>	
<p>- Realizou-se AVP, vítima encaminhada ao trauma com ferme (nugulcer) 192.</p>	
<p>C. Traumatologista Téc. Enfermeiros Loren 519 - 768</p>	

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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE:

Sergio dos Santos Scler, *49* ANOS,
ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, *15/03/20*, COM
DIAGNÓSTICO DE *Fratura de fêmur diabó esquerdo*
NO DIA *13/03*, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
osteosíntese de fêmur diabó E SENDO
OPERADO PELO DR. *Vitor Mendes* E DR. *Bruno Figueiredo*.
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA *20/03/20*, AS *10 horas*, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORNEL MOTA NO DIA *31/3/20*, AS *7 horas*, COM O
DR. *Vitor Mendes*

ORIENTAÇÕES GERAIS:

1. NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
2. NÃO 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

BELA VISTA, *20/03/20*

MÉDICO

16/02/2021

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

HGR

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE: <i>Sergio do Santos Silveira</i>		
DIAGNÓSTICO: <i>Indeterminado</i>		
ALERGIAS: <i>Nenhuma</i>	HAS	DM2
IDADE: <i>40</i>	LEITO	DATA <i>18/01/2021</i>
ITEM	PREScrição	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SN.
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	Morning
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SN.
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	10:29:06 12
5	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN.
6	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 5	
7	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDI	
8	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	06:
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN	SN.
10	<i>Tlalitil 20mg EV ace 18/12 h 18:06</i>	
11		
12	<i>flexorol 40mg SC 1xdia 20:</i>	
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHg	<i>Dr. Augusto Cauthon Ortopedista Residente Cirurgião Geral Ginecologista 1964</i>
20	SSVV + CCGG 6/6 H	
21	CURATIVO DIÁRIO	

SE DIABÉTICO CORRECÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E QU 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, ANICRÍTICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRAÇÃO TRANSESQUELETICA, SEM
QUEIXAS ALGICAS.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS			
6 H	<i>110x PA 80</i>	<i>96</i>	<i>35°3</i>
12 H	.		
18 H			
24 H	<i>120x PA 80</i>	<i>96</i>	<i>36°3</i>

MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

20:20h PA: ?

TAX: 37.1°C

FC: 76 bpm

FR: 18 rpm

Noite paciente foi admitido a 21h - Adm. m. dpm + Sosf

*Maria Marielle L. Alz.
Auxiliar de Enfermagem
COREM RR nro. 10*

5
JOS-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
ÍTEM	PREScrição			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SNO
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			<i>J6</i>
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			<i>06</i>
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			<i>ron ms</i>
18	CURATIVO DIÁRIO			<i>ron ms</i>
19				
20				
21				
SE DIABÉTICO: CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MEDICA: # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITADO : # CONDUTA: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA :				
				
SINAIS VITAIS		PA	FC	FR
6 H	97x69	89	-	T
12 H	100x70	86	20	76
18 H	105x70	86	30	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 = 302/63
FC = 2-9
T = 36,5 medicamentos e 55 u/s
li. p. m

Marizelina Sampaio Ferreira
COREN-RR 754419 TE

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA PREScrição MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	18/01/20.	DN
PACIENTE SERGIO DOS SANTOS SILVA				
AGNÓSTICO FX FEMUR E				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2
IDADE		LEITO	101-1	DATA
ITEM	PREScriÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			J/M
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			MANTEN
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H SN			S/N
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN			S/N
5	CLEXANE 40MG SC 1X DIA			16
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA			J/10
7	NALBÚFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4			J/10
8	OMEPRÁZOL 40MG EV 1X DIA			OKD
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			S/N
10	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN			S/N
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			J/10
17	SSVV + CCGG 6/6 H			16h10c
18	CURATIVO DIÁRIO			16h10m
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, ÁFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITADO: # CONDUTA: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:				
<i>Antonia Rodrigues Técnico em Enfermagem COREN-RR 784.228 TE 07/02/2020</i>				
SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	121/60	72	-	36°C
18 H	108/60	91	-	36°C
24 H	30K60	84		36°C
06h DD0170 86 36				

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

26/02 Adm internada
predileções crm
aferridos SSV
lúpidos gerais

Lourdes A dos Santos
Téc. Enf.
040170

10/01/2021

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

ÍTEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	SN
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H SN	SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	
5	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	16
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	06
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	SN
17	SSVV + CCGG 6/6 H	Ritima
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				DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO MÉDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-BR 2028
6 H	PA	FC	FR	
12 H	107x60	82	36.5	
18 H	130x80	94	35.2	
24 H	107x63	90	36.9	

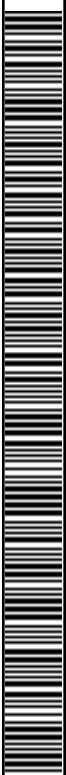
12h: P/painel de SSVV sem
mudanças durante o
plantão.

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

18:00 p/p no leito, apesar do SSVV
segue as cuidados da Enf
Geral

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

Terezinha de Jesus P. da Sily
COREN-RR 427910-AE





**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SÉCRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA**



101-1

DATA DE ADMISSÃO:		DIH	18/01/20.	DN
PACIENTE	SERGIO DOS SANTOS SILVA			
AGNÓSTICO	FX FEMUR E			
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2
IDADE		LEITO	101-1	DATA 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	DIPIROINA 500MG EV 6/6H SN			
5	CLEXANE 40MG SC 1X DIA			AB
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA			SN
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4			
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			PTG
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			
18	CURATIVO DIÁRIO			Rolipa Curativo
19				
20				
21				

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

EVOLUÇÃO MEDICA:

Evolução médica: #ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

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

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA :

SINAIS VITAIS					DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO MEDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR-2028
6 H	PA	FC	FR	Temp	
12 H	106x72	67		36°C	
18 H	120x80	93		36.4°C	
24 H	120x80	82		36.8°C	

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

07-13h - Paciente escamado, higienizado,

os 12h verificados 55 UV, sem medico

côco globoário. Seus queixos, segue os enunciados da equipe. Tec. Enf. K.

VB5: Eob:co 202105

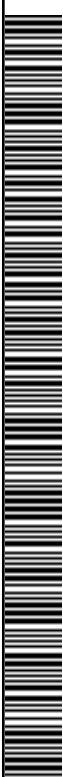
$$P = \rho \cdot g \cdot L = 1000 \cdot 9,81 \cdot 36,5$$

Connelly
5248368

18:00 Pct no leito sem queixa
afuado es SSVU e segue aos
indados da enf

Gust

VIS: Assento dia 23/02/20, o paciente malfitado medico e Pm I deu interconvenia e segue aos cuidados da Imp
magm jerson
Assinatura de Souza, Grajau
Assinatura do Enviado
CNPJ RP 000 461 072



101-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	18/01/20.	DN
PACIENTE SERGIO DOS SANTOS SILVA				
AGNÓSTICO FX FEMUR E				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO	101-1	DATA	23/01/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H SN			
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN			
5	CLEXANE 40MG SC 1X DIA			
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA			16
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4			
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			
17	SSVV + CCGG 6/6 H			
18	CURATIVO DIÁRIO			
19				
20				
21				
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA: # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITADO : # CONDUTA : MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA : # PREVISÃO DE ALTA :				
SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	140/77	85	—	96
18 H				
24 H				
DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO MEDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR-2028				

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



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNACÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

JOI-J

Eu Sergio dos Santos Silva

CPFnº

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

Declaro que:

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

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

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

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

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

Boa Vista, 23 de Janeiro de 2020.

Assinatura do paciente:

Adriana Mendes dos Santos

Responsável:

1) Assinatura:

Nome _____

CPFnº: _____

Grau de Parentesco: _____

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

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

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

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

CRM 1706 / 01

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

Dr. André Dantas Marçal
Médico
CRM-RR 1904



101-1
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

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

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

DIH: / /

KANBAM: Dieta:

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

Leuc: Seg: Plaquetas:

Na: K: Ca: Cl:

HCO³: PH: BE: PO²: PCO²:

EAS:

CULTURAS (/ /):

IMAGEM:

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

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

Cl: HCO³: PH: BE: PO²: PCO²:

EAS:

IMAGEM:

ANTIBIOTICO

USADO:

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIOTICO:

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUIDA:

EVOLUCAO CLINICA:

*Paciente com fx humas agudas
ex programada 11/18/02/20*

Bo. Vipédro de F. Full, Lu
Dr. Vipédro de F. Full, Lu
Médico Reumatologista
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2028

de 20 20 Hora:

CRM

Assinatura/carimbo do Medico Assistente

Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda/HC

André Milles Marcelli
Médico
CRM-RR 1004

CRM

Assinatura/carimbo do Medico Regulador

TRANSF: 23/01/2020

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **NIR**

2 - CNES: _____

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **NIR**

4 - CNES: _____

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **Antônio dos Santos Silve**

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: **178274**

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): _____

8 - DATA DE NASCIMENTO: **3/8/70**

9 - SEXO: Masc. Fem. **3**

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: **Antônia Dos Santos Silve**

11 - TELEFONE DE CONTATO: **DDD 11-1234-5678**

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): **R. 8, 174 Jardim Trespeu**

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **Bonfim**

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO: **RJ**

15 - UF: **RJ**

16 - CEP: **25200-000**

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: **Doenças de origem de fundo sanguíneo, com maior empenho em digestão.**

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: **A Detona**

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): **Rx + exame fisiológico**

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: **peioramento**

21 - CID 10 PRINCIPAL: _____

22 - CID 10 SECUNDÁRIO: _____

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **Internar**

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. Moraes**

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: **11/02/2021**

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **Médico Cirurgião Dentista**

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA: _____

37 - NÚMERO BILHETE: **0308010019**

38 - SÉRIE: **068**

39 - CNPJ EMPRESA: _____

40 - CNAE DA EMPRESA: _____

41 - CBOR: _____

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: EMPREGADO EMPREGADOR AUTÔNOMO DESEMPREGADO APOSENTADO NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR: _____

45 - DOCUMENTO: CNS CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: **16/01/2020**

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **5773 V799**

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: **0308010019**

BLOCO A

**FORMA PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Sistema Único de Saúde **Ministério da Saúde**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

SUS 704608143784527

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Sérgio dos Santos Silveira

6 - N° DO PRONTUÁRIO

178274

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7014161018114131819151217

8 - DATA DE NASCIMENTO

31/08/70

9 - SEXO

mas.

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Anita dos Santos Silveira

11 - TELEFONE DE CONTATO

915911114612130

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua 8 N° 274 Jardim Tropical

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Belo Horizonte

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

11000

15 - UF

MG

16 - CEP

31010-120

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES DE JESTANTE MATERNA / 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 TERC

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

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 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

112-01

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	SERGIO DOS SANTOS SILVA				
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 DC				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMM				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CURATIVO DIARIO sn				SN
12	SIMETICONA 40 GTS VO 8/8H				(14) (22) (16)
14	transferir ao HGR				
15					
16					
17	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
18					
19					
20					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

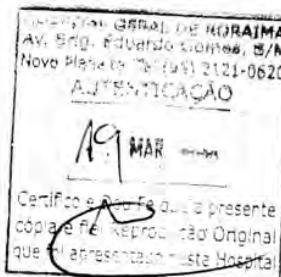
DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

SINAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	90/75	70		36,1	
12 H	150X70	84	-	35,6	+ + +
18 H	120X70	82		36,2	
24 H	100/70	73		36 °C	

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

Dr. J. P. Ferreira
CORENRR 570.085-12



Certifico e declaro que a presente
cópia é feita reprodução original
que foi apresentada neste Hospital.

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

- 10 -

DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/02/2020	DN
PACIENTE	SERGIO DOS SANTOS SILVA			
DIAGNÓSTICO	FX DE FEMUR DISTAL ESQUERDO			
ALERGIAS		HAS	DM2	
IDADE		LEITO	<u>112-1</u>	DATA
ITEM				HORÁRIO
1	DILTIA 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 + SF 0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN			
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
11				
12				
13	CURATIVO			
14	SSVV + CCGG 6/6H			
15				
16	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.. FUNCIONES FISIOLOGICAS PRESERVADAS , SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, PROCEDIMENTO CIRURGICO PROGRAMADO PARA DIA 18/2/20. 02/13

ROCI D'IMENTO CIRURGICO PROGRAMADO PARA DIA 18/2/20.
Solidado reenvio de
sonora

ESTADO GERAL DE RORAIMA	
Av. BORGES DE MELLO, Centro, B/400	
CEP 69010-000 - Fone: (65) 2111-0623	
AUTENTICAÇÃO	
19 MAR.	2000
Certifico que o(a) Sr. (a) Presente com a documentação Original que foi apresentada neste Hospital	

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

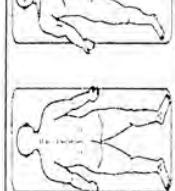
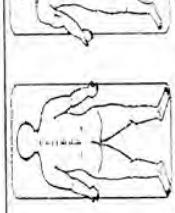
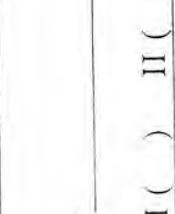
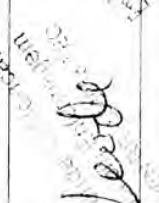
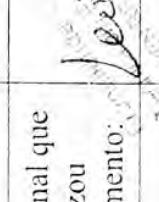
DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM
RR/1964
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

Tarde -> 55 UV
ciudad de geran
fita
sun & m x am

Josézilande Melo de Souza
COREN-RR 292.169 - TP

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
Paciente: <u>Sergio Leon Sando</u>		Data: <u>12/02/2020</u>			
Leito: <u>112-4</u>					

 		Região: <u>MJ</u>	Região:	Grau: I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>	Região:
		Grau: I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>		Grau: I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/>	
Etiologia: <input checked="" type="checkbox"/> Localização <input checked="" type="checkbox"/> MAR <input checked="" type="checkbox"/> Eritogia <input checked="" type="checkbox"/> Apresentação do Leito <input checked="" type="checkbox"/> Pele Perilesional <input checked="" type="checkbox"/> Quantidade de Exsudato <input checked="" type="checkbox"/> Solução de Limpeza <input checked="" type="checkbox"/> Cobertura primária <input checked="" type="checkbox"/> Troca <input checked="" type="checkbox"/> Profissional que realizou procedimento: <input checked="" type="checkbox"/> Observações:		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 checked="" type="checkbox"/> Tracção <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:			
Apresentação do Leito Certifico e declaro que a documentação constante no presente laudo é original e que foi apresentada ao leito.) Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____ <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: <input checked="" type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: <input checked="" type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: <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 checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h			
Localização: Certifico e declaro que a documentação constante no presente laudo é original e que foi apresentada ao leito.		    			



PRÉ- ANESTÉSICO

BN 31-08-70

Nome: Sílvia dos Santos Silveira		Alt: 112	Ler: 01	Serv: Clínico Geral															
Sexo: Feminino	Cór: Pd	Idade: 49 anos	Peso: 94 Kg	Classe: I															
Diagn. Pre-OP:	Fratura de Fémur distal esquerdo com deslocamento (13-21-26)			Data: 18/07/20															
Cir. Proposta:	Osteosynthesse de fêmur distal			Hora: 13:30															
Anest. Ant:	GXA			Patrol Assoc: Negra (emergência)															
Alergia:	Desconheço																		
Alcool:	Regularmente	Fumo:	X																
DROGAS:	(Corticoide, fenotiazinico, hipotensor, narcotrófico, hipnótico, digitalico, anticoagulante, diurético, antibiótico, sulfato, casopressor, MAO, outros) n/pz uso de venlafaxine																		
Estado Mental:	LETE	Boca:	Nadaparati																
Pescoco:	boa mobilidade em flexão	Veias:	perif. dilatadas																
RX:	extensão																		
Feses:																			
Hepatograma:																			
Outros:																			
Parecer Clínico Estabilização da lesão cardiorrespiratória. Colabora																			
PA	Pulso	Temperatura																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Medicação Pré-Ant.</th> <th>DOSE</th> <th>VIA</th> <th>HORA</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					Medicação Pré-Ant.	DOSE	VIA	HORA											
Medicação Pré-Ant.	DOSE	VIA	HORA																
Est. Fis (ASA): 5 AN. Proposta: Procedimento lento NB: 																			

PÓS-ANESTÉSICOS

NA SALA DE RECUPERAÇÃO

Data / /

leptogaster TAP 6.9"

RNI 0.57"

T1PA 43.2"

Digitized by srujanika@gmail.com

Assinatura

NA ENFERMARIA

Hom

Data / /

Introdução ao enquistopatogênio e avaliação dos resultados
Confirmador: Revisão de 3 unidades de CH
meia escala transversal

Parents for mental health advocacy at forum

As procedimentos auxiliam a ser feito o que?

Assinatura



Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES		
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO		
6 - N° DO PRONTUÁRIO		7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		
8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO		
Masc <input type="checkbox"/> 1 Fem <input type="checkbox"/> 3		11 - TELEFONE DE CONTATO		
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)		13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF		16 - CEP
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Perente com fx fratura distal esquerdo</i>				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>TTO clav'co</i>				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Anamnese + Rx + Ex. Físico fx fratura distal (L)</i>				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>fx fratura distal (L)</i>		21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Ortopedia</i>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO	29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>18/02/2020</i> <i>Medico de S. Ambito Ortopedia e Traumatologia Geralista</i>		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)				
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N° DO BILHETE	38 - SÉRIE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO				
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR		() AUTÔNOMO	() DESEMPREGADO	() APOSENTADO () NÃO SEGURADO
AUTORIZAÇÃO				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
() CNS () CPF				
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 18/02/20 O.S. _____

Sergio dos Santos
21/02

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

fx tijunis hstal e.

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

osteoartrose

TIPO DE INTERVENÇÃO:

-

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

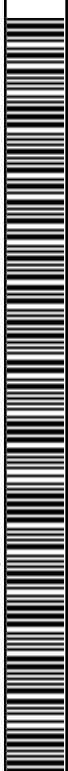
-

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

O mesmo

CIRURGIAO: _____ 1º auxiliar: _____
2º auxiliar: _____ INSTRUMENTADORA: _____
3º auxiliar: _____ ANESTESIA: _____
ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____
INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO



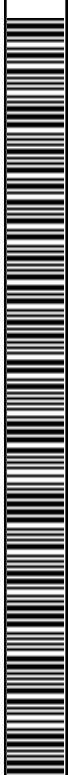


GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Série de Suetos 3.12.2020

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO										N																	
14:05					15:00					15:00					15:00					15:00							
A G E N T E S	N	20																									
	O2																										
LIQUIDOS VENOSOS	A	M	SEI SEI SEI SEI SEI															EtG + SpO2 + TANIT + FC									
V	V	J																									
P	P	D																									
DA	X	1C	240																								
ULSC	●	38	220																								
ANES	●	36	200																								
OP	X	34	180																								
O	32	160																									
TEMP	□	30	140																								
ASPIR.	A	28	120																								
RESP	O	26	100																								
		24	80																								
		22	60																								
		20	40																								
Export										Import																	
Assist										Contro																	
Símbolos										Símbolos																	
1 36 2										2 *																	
AGENTES	DOSES		TÉCNICA		ANOTAÇÕES																						
A. Fentanil 100 µg			Anestesia geral hiper		x - Cheguei + respi tos agudos.																						
B. Diazepam 5 mg			barra com sedação		1. - Fentanil 100 µg IV																						
C. Ketamina 250 mg			seb. ketamina não espelha		2. - M. diazepam 2,5 mg IV																						
D. Met. etax 100 µg			rea.		3. - Sufato																						
E					4. - Reação SA / L2-L3/ anestesia /																						
F					Quimioter 20 / L2-L3 ()																						
G					5. - B. etax. Ketamina 2,5% met. 50 +																						
GLICOSE	LÍQUIDOS		Cámla - Naso / Oro Faringeal		met. etax. 100 µg SA +																						
NDCC			Naso / Orotrequeal - Cega		6. - OPIV +																						
SANGUE			Bal - Tamp - Caibro do Tebo		7. - relaxante 2,5% IV																						
			Sob Medida																								
			Dificuldade Técnica																								
TOTAL 2500 ml										TEMPO DE ANESTESIA																	
OPERAÇÃO Teste de reação à pressão de pele										Lanango - Espasmo - Excesso Secre																	
de pele ()										Depressão Respiratória - Hipoxia																	
										'Bucking' - Vômito																	
										Hemorragia - Arritmia																	
										Bradítagicardia - Choque																	
ANESTESIA		CÓDIGO		CIRURGÃO		PERDA SANGUÍNEA																					
Helder		Helder Bernardino		Dr. Helder		Sangue gativer.																					
Helder		ROETT/CRM-RR 1712				8. - Desmatação de sangue																					
Helder		Anestesiologista				9. - Gastrografia 100 ml																					
Helder						X - SPTA																					





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	41a	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Sérgio dos Santos Silva		112-01	178274	18 / 02 / 2021
CIRURGIA				
TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO			VALOR
	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
Ressecção de fêmur (E)	14:29	16:05		
EQUIPE MÉDICA				
CIRURGIÃO	Antônio Montenegro	ANESTESISTA:	Dr. Helder	
1º AUXILIAR	Bruno Figueiredo	RES. ANESTESIA:	R. Daniel	
2º AUXILIAR	R. Marcos / R. Pedro	INSTRUMENTADOR		
TIPO DE ANESTESIA: Sedacão + Ráqui + BF				
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS
10	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO - 500ml
70	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
0	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO
0	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº 2-0
0	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2-0
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº
10	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS (P/M/G)			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
1	LÂMINA BISTURI Nº 20			FIO CATGUT SIMPLES Nº
DRENO DE SUCÇÃO Nº				
DRENO DE TORAX Nº				
1	DRENO DE PENROSE Nº luvas de vinil (M)		1	FIO PROLENE Nº Escova p/ assepsia
1	SERINGA 01ML	+ 10g		FIO SEDA Nº Agulha p/ ráqui Nº 26
1	SERINGA 03ML (Gelone) 18		1	SURGICEL p/ condutor
1	SERINGA 05 ML		1	CERA P/ OSSO Maç. desc.
1	SERINGA 10ML		1	FITA CATARATA Nº Furos desc.
1	SERINGA 20ML	+ 80ml	1	GEOFOAM Ataduras Crepon 300cm
1	Eletrodos	+ 200ml		FITA CARDIACA PUPA Sópico
OUTROS: Alcool 70% + 80ml				
1 Lactato de O2 + 80ml Peroxidina 2%				
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		SUB- TOTAL
	Jucame	TAXA DE SALA		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE ANESTESIA		SOMA
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS				
Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	Especialidade:	Procedimento Realizado:		
Nome do Paciente: Sergio dos Santos Silva	IDADE: 49 a	SEXO: F () M (X)	Nº do Prontuário	Data
Bloco: A	Enfermaria: 112	Leito: 01	Nº da Sala	Circulante de Sala: Edilsonela / Raimundo
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:				

Ces. Implantes / Instrumentais SDG / SDC
Dados dds materiais/Serviço

Dados dos materiais/Serviços

Hospital Geral de Roraima (X)		Dados Adicionais:	Marca:
ITEM	DESCRÍÇÃO DO ITEM		QUANT
01	Placa DCS - 16 furos		01
02	Parafuso desligamento - 70 mm		01
03	Parafuso Portical Ø 4,5 - 44 mm		01
04	" " " - 46 mm		01
05	" " " - 50 mm		01
06	" " " - 54 mm		01
07	Parafuso Espessor R. 32 - 65 mm		01

MÉDICO CIRURGÃO: Vítor Montenegro

1º AUXILIAR: Bruno Figueiredo

INSTRUMENTADOR.

MÉDICO CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR

INSTRUMENTADOR:

INSTRUMENTADOR: _____

2º OPME/CMF

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

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



José Luciano dos Santos

112

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

LISTA DE INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

Nome João Pedro Sampaio
Responsável Cirurgião Júlio Vitor Henrique +
Bruno Flávio Souza

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- Identidade
 Sítio Cirúrgico
 Procedimento
Consentimento Sim Não

RISCO CIRÚRGICO
 Aplica Não se Aplica

U E T

SÍTIO DEMARCADO

Sim Não Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

OXIMENTRO 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 para fluidos

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ml
 Não
 Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento

Qual: L Hora: 12:20
Assinatura L Hora: 12:20

Data 16/02/2021 Assinatura José Luciano dos Santos
Hora: 12:20

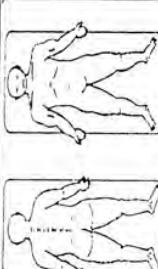
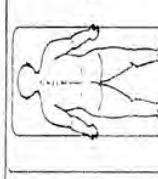
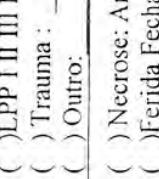
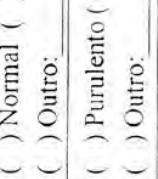
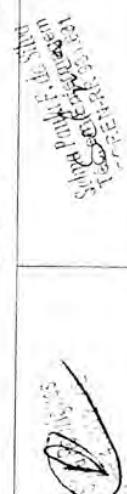
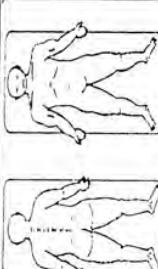
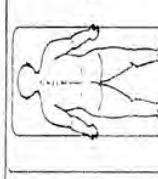
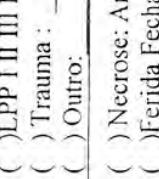
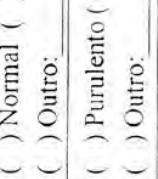
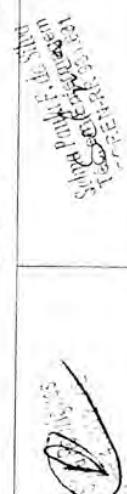
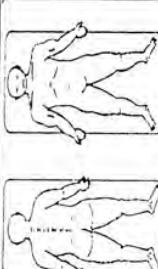
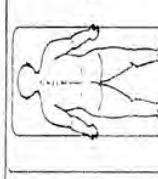
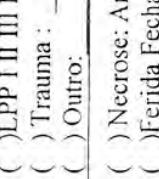
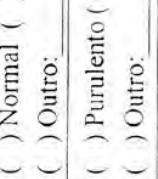
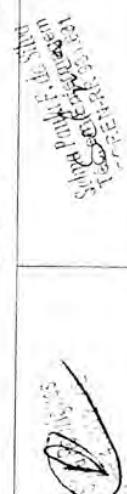
AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.
 Sim
 Não se aplica

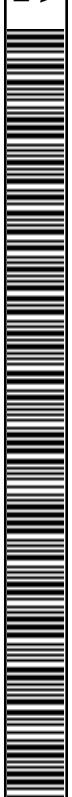
José Luciano dos Santos
GOREN-FRM
Enfermeiro

Assinatura e Carimbo



EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020																																										
Paciente: <u>Bengos dos S. Bento</u> Leito: <u>112.8</u> Data: <u>13/02/2020</u>																																															
<table border="1"> <tr> <td>Localização</td> <td>Região: <u>M E C</u></td> <td>Região: _____</td> <td>Região: _____</td> <td>Região: _____</td> <td>Região: _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cinugia () DM () Vascular () Trauma: <u>X</u> Tração Fixador Externo () ortopedia () Outro:</td> <td>() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>X</u> Tração Fixador Externo () ortopedia () Outro:</td> <td>() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros</td> <td>() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros</td> <td>() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:</td> <td>() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:</td> </tr> <tr> <td>() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:</td> <td>() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:</td> <td>() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Seco () Outro:</td> <td>() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Seco () Outro:</td> <td>() Molhado () Úmido () Seco () Outro:</td> <td>() Molhado () Úmido () Seco () Outro:</td> </tr> <tr> <td>() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%</td> <td>() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%</td> <td>() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:</td> <td>() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:</td> <td>() 12/12 () Diário () 48/48h () 12/12 () Diário () 48/48h</td> <td>() 12/12 () Diário () 48/48h () 12/12 () Diário () 48/48h</td> </tr> <tr> <td>Profissional que realizou procedimento:</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>Observações:</td> <td colspan="5"></td> </tr> </table>						Localização	Região: <u>M E C</u>	Região: _____	Região: _____	Região: _____	Região: _____							() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cinugia () DM () Vascular () Trauma: <u>X</u> Tração Fixador Externo () ortopedia () Outro:	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>X</u> Tração Fixador Externo () ortopedia () Outro:	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Seco () Outro:	() Molhado () Úmido () Seco () Outro:	() Molhado () Úmido () Seco () Outro:	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() 12/12 () Diário () 48/48h () 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h () 12/12 () Diário () 48/48h	Profissional que realizou procedimento:						Observações:					
Localização	Região: <u>M E C</u>	Região: _____	Região: _____	Região: _____	Região: _____																																										
																																															
() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cinugia () DM () Vascular () Trauma: <u>X</u> Tração Fixador Externo () ortopedia () Outro:	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>X</u> Tração Fixador Externo () ortopedia () Outro:	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:																																										
() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Seco () Outro:	() Molhado () Úmido () Seco () Outro:	() Molhado () Úmido () Seco () Outro:																																										
() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() 12/12 () Diário () 48/48h () 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h () 12/12 () Diário () 48/48h																																										
Profissional que realizou procedimento:																																															
Observações:																																															



332-3

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

PACIENTE	DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN	
AGNÓSTICO	477510 de 07/02/2021			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	
IDADE	LEITO	DATA 18/02/20		
ÍTEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			
3	SF 0,9% 500ML EV S/N			
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA			
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 MEDICA:

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. Finusto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2028

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

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

18/02 paciente no leito
peso 55kg g70
sem antecedentes reprod
06 dias pós op (07/02/2021)

at. b PA

07/02/2021
paciente
sem queixas, segue as
orientações da enfermagem
COPIA PARA: 07/02/2021
07/02/2021

112-L

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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/02/2020	DN
PACIENTE	SERGIO DOS SANTOS SILVA			
DIAGNÓSTICO	FX DE FEMUR DISTAL ESQUERDO			
ALÉRGIAS	HAS	DM2		
IDADE	LEITO	112-1	DATA	20/02/2020
ITEM				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			3WQ
2	AVP			mantr
3	CLINDAMICINA 600MG EV DE 6/6H <i>evitivo</i>			13.18.21.06
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			11
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			
8	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN			2 SV
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>paciente</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:

- INCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
AIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS , SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
• EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS ,
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO REALIZADO DIA 18/2/20.

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

A. Melo

112-1



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



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Sergio dos Santos Silva, 43 ANOS,
DE ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 13/02, COM
DIAGNÓSTICO DE rotura da perna esquerda.

NO DIA 31/2/2021, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Blessingue de fermeira SENDO

OPERADO PELO DR. Júlio Merten E DR. Lucas Fagundes.

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 01/03/2021, AS 10 horas, EM
BOA ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 3/13/2022, AS 10 horas, COM O
DR. Vitor Merten.

ORIENTAÇÕES GERAIS:

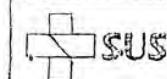
- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

20/2/2021

BOA VISTA,

MÉDICO



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE COLOCANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

SUS: 704608143734527

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Sergio dos Santos, sul

6 - N° DO PRONTUÁRIO

178274

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

704608143734527

8 - DATA DE NASCIMENTO

31/08/75

9 - SEXO

mas

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Anita dos Santos, sul

11 - FONE DE CONTATO

21 31119023

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua 8 N° 174 Jardim Terra Brasil

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bonfim

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - CONDIÇÕES DE JUSTIFICAÇÃO DE INTERNAÇÃO

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

20 DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

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

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/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS () CPF

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

31/02/22

PROCEDIMENTO SOLICITADO

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO RILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (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: Sebastião dos Santos Silva DN: 11
DIAGNÓSTICO(S): Paciente com febre e dor abdominal

DIH: 1/1

KANBAM: _____ Dieta:

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

Leuc: _____ Seg: _____ Plaquetas: _____

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

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

EAS:

CULTURAS (): _____

IMAGEM _____

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

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

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

EAS

IMAGEM _____

ANTIBIÓTICO

USADO: _____

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIÓTICO: _____

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS: _____

TERAPIA INSTITUÍDA

EVOLUÇÃO CLINICA:

Paciente com febre e dor abdominal, com anamnese agendada para o dia 18/02.
Solicitar Reserva de Sangue.

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

Dr. Marcelo Marques RR
Médico

CRM 19187/RR

CRM 1918

Assinatura/carimbo do Médico Assistente

Autorização de Transferência para Hospital Geral de Roraima/HGR

Assinatura/carimbo do Médico

CRM 742 / 82



PEDIDO DE PARECER

Unidade: HCO

Nome: SOUZA DOS SANTOS Sônia

Idade: 49 anos

REGISTRO:

Bloco: 3B

Enfermeira: 349

Leito:

U.T.I:

Emergência:

De:

Oftalmologista

Para:

Coronel bdn

Dados Clínicos:

Paciente com Fratura do Fêmur Distal

(E)

Sobrada Risco Crítico

14/02/2020

Data

Dr. Lida Alencar
Clínico Geral
CRM 1517

médico

Anál. (R)

Im. ameno

24/02/2020

Data

Lais Amélia Moura de Oliveira
Clinica Médica / Cardiologia
CRM/RR 1550

médico



AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO



349

NOME: Bento dos Santos Silve

IDADE: 49 anos

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

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

H.D.A: Fratura fíbula direita
H.P.P: Doença das artérias coronárias

Cirurgias prévias: Intervenção e angioplastia

H.FAM.: Mãe HPS

Tabagismo: Sim Etilismo: Nenhum

Exame físico: Impressionante

A.C.: PUR 92 BNP 51 normais.

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

Exames Laboratoriais:

- Hb 10,4 g/dl; Ht 32%; Leucócitos 6.730 PLT 451.000; INR 0,5.
- TC — TS — TAP 6,9 INR 0,5
- Glicose: — Uréia: 26 Creat: 0,9 TGO: — TGP: —

Radiografia de Tórax: ILT 0,5

ECG: PS, ST N

Comentários: Febre man I.

Boa Vista/RR, 14/02/2020

Lais Amélia Moura de Oliveira
Clínica Médica / Cardiologia
CEP: 69.316-715 Boa Vista/RR 1550
Assinatura



Paciente: Sérgio 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)

LEUCOGRAMMA

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

ERITROGRAMA

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

PLAQUETOGRAMA

PLAQUETAS	$412,00 \times 10^3/\mu\text{L}$	150.0 - 400.0 $\times 10^3/\mu\text{L}$
VPM	7,80 fL	6.5 - 12.0 fL
DP	15.70	9.0 - 17.0
PCT	0,321 %	1.08 - 2.82 %


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

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

16/02/2020 08:05

(*) Retificado
Página 1 de 1



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

Resultado de Exame

Amostra: 7001586903

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

LEUCOGRAMA

	Resultado	Referência
LEUCÓCITOS	6,73 x10 ³ /uL	4.0 - 10.0 x10 ³ /uL
NEUTRÓFILOS	66,6 %	50.0 - 70.0 %
LINFÓCITOS	20,1 %	20.0 - 40.0 %
MONÓCITOS	8,6 %	3.0 - 12.0 %
EOSINÓFILOS	3,5 %	0.5 - 5.0 %
BASÓFILOS	1,2 %	0.0 - 1.0 %

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	3,24 x10 ⁶ /uL	4.32 - 5.52 x10 ⁶ /uL
HEMOGLOBINA	10,40 g/dL	13.5 - 18.0 g/dL
HEMATÓCRITO	31,00 %	40.0 - 50.0 %
VCM	95,60 ug/L	87.0 - 103.0 ug/L
HCM	32,10 pg	27.0 - 34.0 pg
CHCM	33,60 g/dL	32.0 - 37.0 g/dL
RDW CV	10,60 %	11.0 - 16.0 %
RDW SD	42,90 fL	35.0 - 56.0 fL

PLAQUETOGRAMA

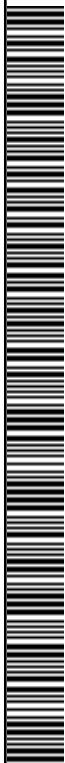
PLAQUETAS	412,00 x10 ³ /uL	150.0 - 400.0 x10 ³ /uL
VPM	7,80 fL	6.5 - 12.0 fL
DP	15,70	9.0 - 17.0
PCT	0,321 %	1,08 - 2.82 %

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

Responsável Técnico: Roseminam Izabel Moscato - Farmacêutica/ Bioquímica - CRF - RR 243/08
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:	

Amostra: 7001586902

Resultado de Exame

DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO

Metodologia: M11 - Cinético Picrato Alcalino

CREATININA

Resultado

0,87 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

Metodologia: M17 - Cinético Uv (urease)

URÉIA

Resultado

26,27 mg/dL

Referência

15.0 - 40.0 mg/dL

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

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

16/02/2020 08:05

(*) Retificado
Página 1 de 1



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

Amostra: 7001586901

Resultado de Exame

COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: PLASMA

Métodologia: M33 - Automatizado (destiny Plus)

TEMPO DE PROTROMBINA

	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: Rosemirem 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

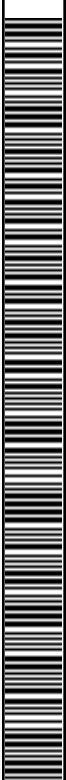


SERGIO DOS SANTOS SILVA

2702

HOSPITAL CORONEL MOTA

Flávia Castro





SERGIO DOS SANTOS SILVA

3773

HOSPITAL CORONEL MOTA

Fabiola Castro

