



Abhner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO ADJUDICIA

Eu, OSÉAS SALES PEREIRA PROFISSÃO: AGRICULTOR
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO, FONE: 99166-2799,
E-MAIL: oseassalespereira@gmail.com RG: 437591-2
SSP- RR e CPF: 026.784.942-76, RESIDENTE À
RUA: ELIAS LEVI FILHO, Q19 LT 246 N° S/N,
BAIRRO: OPERARIO pelo presente instrumento procuratório,
nomeia e constitui, como seu procurador, **ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RR sob o nº. 1018-N, com escritório localizado na Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, situado no Município de Boa Vista/RR, a quem confere amplos poderes para o foro em geral com cláusula *ad judicia*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, exceto receber citação, junto a quaisquer repartições do Poder Público, realizar levantamento de Alvarás Judiciais, podendo ainda substabelecer esta procuração para outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, 18 de 02 de 2019.

Oséas Sales Pereira

Outorgante

Endereço: Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, CEP nº. 69.304-010, Boa Vista/RR
Telefones: (95) 3224-7002 | (95) 99173-4223 | (95) 98406-9617
E-mail: adv.abhner@hotmail.com Website: <http://www.abhneradvcon.com.br>

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

OUTORGANTE: OSEAS SALES PEREIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO PROFISSÃO: AGRICULTOR
RG N° 437591-2 SSP/RR CPF: 026.784.942-76
ENDEREÇO: RUA ELIAS LEVI FILHO S/N BARRO: OPERARIO
Qm 9 / Lt 246.

declaro, para os devidos fins, que não possuo condições de arcar com as despesas processuais da presente ação, sob o risco de comprometimento de meu sustento e de minha família, sendo considerado **hipossuficiente** na forma da Lei, pleiteando, portanto, **direito à Justiça Gratuita**.

Boa Vista/RR, 18 de Janeiro de 2019.

Oseas Sales Pereira

OUTORGANTE

OUTORGADO

17 de outubro de 2018



(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

14 DEZ. 2018

EXPEDIDOR

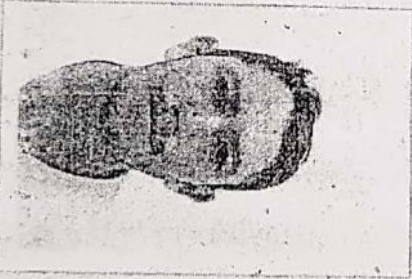
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

 Polegar Direito



Oseas Sales Pereira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 437591-2

DATA DE EMISSÃO 29/07/2016

NOME OSEAS SALES PEREIRA

FILIAÇÃO LUIS PEREIRA

RAIMUNDA ARAÚJO SALES PEREIRA

NATURALIDADE MATA ROMA - MA

DATA DE NASCIMENTO 26/09/1993

DOC. ORIGEM CERTD NASC 10478 FLS 154-V LIV A-19

MATA ROMA-MA

CPF 026.784.942-76

2 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Psiquiatra da Polícia Civil
Diretor do IIOC

P 1

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 011486640120
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 Cód. RENAVAM 01063330000 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2015

NOME LUIS PEREIRA
PLACA VISTA RR

CPF / CNPJ 551.357.193-68 PLACA 190

PLACA ANT / UF CHASSI 202K522000010036

ESPECIE TIPO 202 / MOTOCICLETA / NAB APLICADO COMBUSTÍVEL ALCOOL/GASOL

MARCA / MODELO HONDA CB 160 FAN ESOL ANO FAB. 2002 ANO MOD. 2002

CAP / POT / CIL 2P / 016200 / 117 CATEGORIA 1ª COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS 1ª 1ª 1ª

IPV A FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2ª 2ª 2ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 23/08/2015

OBSERVAÇÕES AL. FIC. BANCO PANATILICADO SA X PAULO SA
IR DA AMAZON OCID X

LOCAL BOA VISTA-RR DATA 23/08/2015

EXPEDIDOR

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 011486640120 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatSEgurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

VIA 01 CPF / CNPJ 551.357.193-68 PLACA 190

RENAVAM 01063330000 MARCA / MODELO HONDA CB 160 FAN ESOL

ANO FAB. 2002 CAT. TARIF. 1ª Nº CHASSI 202K522000010036

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL SEGURO (R\$)

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

www.Seguradoralider.com.br



BOA VISTA ENERGIA S.A.

AV. CAPITAO ENE GARCEZ 691

CENTRO - BOA VISTA - RR - CEP: 69.301-160

CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

Atendimento: 08007019120 www.eletrobrasroraima.com

Ouvidoria: 08000951152 (07h30min às 17h00min)

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.436, de 2003
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série U - Nº 1415024
Regime especial de impressão autorizado pela Sec. de Fazenda

SHIRLEY GUIMARAES RODRIGUES GOMES
R. ELIFAS LEVI V FILHO, S/N Q 19 LT 246

OPERARIO -

CEP 69.316-296 - BOA VISTA - RR

CPF 522.524.852-72 RG 184527 SSP RR 06-01-00

Roteiro: 001.23.28.032300

Segunda Via

Para contato com a empresa,
informe este número

Código Único
0128764-8

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL: Fone 167 - Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada na origem para telefones celulares							
Emissão	Data Leitura Anterior	Data Leitura Atual	Data Próxima Leitura	Dias de Consumo	Apresentação	Mês Faturado	
06/09/2018	09/08/2018	10/09/2018	09/10/2018	32	10/09/2018	09/2018	
Cod. Fat.	Classe/Subclasse	Ligação	Poste	Forma Faturamento	Motivo FD	Número FD	
1.1.1.2	Residencial Normal	Bifásica	L 15 06 924	Normal			
Consumo	Medidor	Leit. Atual	Leit. Anterior	Constante Fatur.	NPL	Cons. Medido	Cons. Faturado
14EDB00685	42736	41888	1,00000	5		848	848

Histórico	kWh	Composição da Tarifa	Itens Faturados	Tar. sem impostos	Valor
08/2018	641	TUSD (*)	Consumo 848 kWh a 0,574560	0,456770	487,22
07/2018	547	TE (*)	Parcelamento De Debitos 1/10		139,95
06/2018	503	Transmissão			
05/2018	769	Encargos			
04/2018	676	Tributos			
03/2018	626				
02/2018	664				
01/2018	694				
12/2017	702				
11/2017	663				
10/2017	643				
09/2017	480				
Média		Pis - 3,02			
12 meses	634	Cofins - 14,03			

Indicadores de Continuidade: 07/2018				
Cj:	13 - DISTRITO	EUSD	RS 121,77	
Meta	Mensal	Realizado	Trimestral	Anual
DIC	8,45	5,09	16,91	33,82
FIC	8,46	13,00	16,92	33,84
DMIC	4,65	1,14	4,65	4,65

=> **Tensao Contratada - 220V Faixa Adequada - 200 a 231V**

=> Ligue para 08007019120 e faça opção de vencimento de sua conta 1 6 11 16 21 26

=> As informações sobre as condições gerais de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição dos consumidores, para consulta, nos postos de atendimento e na página da internet desta distribuidora.

Base de Cálculo
487,22

Alíquota
17,00

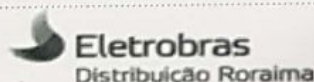
Valor do ICMS
82,82

Vencimento
01/10/2018

Valor a Pagar
R\$ 627,17

Reservado ao Fisco
46FE.FB14.7C90.7F88.B938.89B3.047E.676A

FaturaVirtual.qip V.8.07 18/02/2018



Facilite sua vida! Evite filas e multas! Autorize o débito de sua conta de energia em sua conta bancária.
Código para débito automático: 0128764-8

BOA VISTA ENERGIA S.A.

UC
01287648

Mês Faturado
09/2018

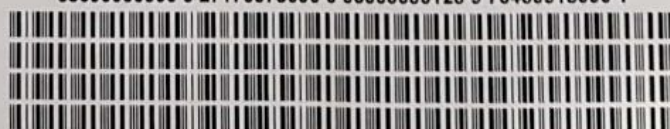
No. FD
00

TC
6

Vencimento
01/10/2018

Valor a Pagar
R\$ 627,17

83690000006 5 27170075000 0 00000000128 9 76480918006 1



14 DEZ. 2018

Nº da Agência/Conta/DAC
6953/20986-0

Cliente

Nome (sem abreviação)

JOSEAS SALES PEREIRA

Bem-vindo ao Itaú. É uma grande satisfação ter você como cliente. Recebemos a Proposta de Abertura da Conta Universal Itaú, de Contratação de Serviços - PF e de Pacote de Serviços; assim que for aceita, você será comunicado e passará a ter acesso à Conta Universal Itaú e aos serviços a ela vinculados.

Na Proposta de Abertura da Conta, você solicitou a contratação dos seguintes serviços:

Cartão Provisório Itaú	☒ Sim	☐ Não
Entrega de Cheques em Domicílio	☒ Sim	☐ Não
Adiantamento a Depositantes (AD)	☒ Sim	☐ Não
LIS - Limite Itaú para Saque	☒ Sim	☐ Não
Seguro LIS Itaú	☒ Sim	☐ Não
Cartão de Crédito Itaucard: MULTIPLO	☒ Sim	☐ Não
Serviço de Avaliação Emergencial de Crédito	☒ Sim	☐ Não
Cartão de Débito Itaú	☐ Sim	☒ Não
Seguro Cartão Protegido (Múltiplo e/ou Débito)	☐ Sim	☒ Não
Aplicações e Resgates Automáticos (Aplic. Aut. Mais Itaú)	☒ Sim	☐ Não
Fatura Digital	☐ Sim	☒ Não

Pacote de Serviços- () não solicitou - (x) solicitou Pct Padronizado III
com mensalidade de R\$ 26,95. Para conhecer os serviços incluídos neste pacote, consulte a

Tabela Geral de Tarifas, disponível nas agências ou no site www.itaubr.com.

Cartão 1º titular - () não solicitou - (x) solicitou MULTIPLO MASTERCARD

no caso da contratação de cartão de crédito, a anuidade será parcelada em 08 vezes sem juros, com vencimento todo dia 06 de cada mês. Cartão Internacional total R\$ 183,00. Cartão Básico R\$ 72,00.

Cartão 2º titular - (x) não solicitou - () solicitou _____

no caso da contratação de cartão de crédito, a anuidade será parcelada em _____ vezes sem juros, com vencimento todo dia _____ de cada mês. Cartão Internacional total R\$ 183,00. Cartão Básico R\$ 72,00.

Cartão adicional - (x) não solicitou () solicitou _____; O cartão pagará 50% da anuidade cobrada do respectivo titular.

Cartão de Crédito: Para cartões com a mecânica 2.0, caso você não pague o valor total da fatura e não contrate um Parcelamento ou Financiamento da Fatura até o vencimento, haverá cobrança de juros sobre: (i) o saldo remanescente a partir do vencimento da fatura; (ii) novas compras a partir de sua realização; e (iii) parcelas de compras parceladas sem juros a partir do lançamento na fatura. O pagamento, a qualquer momento, do saldo em aberto da fatura vigente evitará a incidência de juros sobre novas compras e parcelas, a partir deste pagamento. Compras e parcelas lançadas quando havia saldo em aberto terão incidência de juros até o próximo vencimento. Para entendimento da mecânica do cartão Itaucard 2.0 e demais tarifas acesse itaubr.com/cartoos. A anuidade é cobrada no uso do cartão múltiplo ou no desbloqueio do cartão de crédito, conforme valor vigente em tarifário.

Extrato mensal Consolidado: disponível para consulta no Itaú 30 Horas via Internet. O recebimento do Extrato Mensal Consolidado via correios pode ser solicitado pelo Itaú 30 horas via Internet, pelo Caixa Eletrônico ou pela Agência após a abertura e está sujeito à tarifação conforme Tabela Geral de Tarifas.

Plano de Vantagens Itaú: (x) Não Aderiu () Aderiu

Atenção: Ao aderir ao Plano, você deixará de contar com quaisquer isenções, condições especiais ou preços diferenciados de pacotes de tarifas e outros serviços, incluindo aqueles decorrentes do volume dos seus investimentos ou negociações do Itaú com o seu empregador. Consulte os critérios, as condições específicas e os benefícios do seu Plano no Regulamento disponível nas agências ou no site.

Os produtos e serviços solicitados poderão estar sujeitos à cobrança de tarifas conforme Tabela Geral de Tarifas, encargos e prêmios de seguro, conforme indicado anteriormente na Proposta de Abertura de Conta.

A qualquer momento você poderá procurar uma agência ou o SAC para cancelar os produtos e serviços contratados. Verifique sempre as condições e as consequências do cancelamento.

Lembre-se que as Condições Gerais da Conta Universal Itaú e dos Serviços, bem como a Tabela Geral de Tarifas, estão disponíveis nas agências e no itaubr.com.

Itaú. Feito para você.

Consultas, informações e transações, acesse itaubr.com ou ligue 4004 4828 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 970 4828 (demais localidades), todos os dias, 24 horas por dia ou procure sua agência. Reclamações, cancelamentos e informações gerais, ligue para o SAC: 0800 728 0728, todos os dias, 24 horas por dia. Se não ficar satisfeito com a solução apresentada, contate a Ouvidoria: 0800 570 0011, em dias úteis, das 9h às 18h. Deficiente auditivo/fala: 0800 722 1722, todos os dias, 24 horas por dia.

011458 20/09/21

iente
EAS SALES P
Doc

 Itaú Unibanco S.A.

Informações Essenciais - Conta Universal Itaú

Este documento apresenta determinadas informações essenciais sobre a Conta Universal Itaú. Outras informações importantes para sua decisão de abrir uma conta conosco não estão transcritos ou sumarizados neste documento. Caso você tenha interesse em abrir uma conta no Itaú, deverá ler e aceitar a íntegra das Condições Gerais da Conta Universal Itaú ("Condições Gerais"), disponível em nossas agências e em itau.com.br.

1. Regras básicas: A Conta Universal Itaú ("conta") permite a movimentação, com um único número, de sua conta-corrente e conta-poupança. Você pode movimentar sua conta na agência e pelos canais de conveniência, tais como caixas eletrônicos, internet, telefone, celular ou tablet ou estabelecimentos conveniados. Sua conta acolherá depósitos, saques e débitos, bem como créditos ou débitos provenientes de transferências. A movimentação da conta pode ser feita mediante cartões, cheques, senhas de acesso e identificação biométrica, mas o fornecimento de folhas de cheques está sujeito à análise e aprovação pelo Itaú. Você pode abrir uma conta conjunta com outra pessoa, decidindo no momento da abertura se a movimentação da conta dependerá da autorização de ambos os titulares ou de apenas um deles. O Itaú pode debitar valores de sua conta nas situações autorizadas por você, inclusive para pagamento de operações de crédito. A utilização de serviços está sujeita à cobrança de tarifas, que podem ser consultadas na Tabela Geral de Tarifas afixada nas agências e em nosso site. São assegurados a você os serviços essenciais gratuitos, que são serviços básicos de movimentação e consulta da conta. Você tem a opção de contratar um pacote de serviços, que contempla uma quantidade adicional de serviços bancários. A utilização de serviços que exceder os essenciais ou aqueles incluídos no pacote eventualmente contratado será cobrada de forma individualizada.

2. Riscos, Medidas de Segurança e Controle: O Itaú adota tecnologias de segurança para ajudar a proteger sua conta, incluindo cartões com chip, que não permitem clonagem por serem criptografados, sistemas de identificação pessoal baseados em assinaturas, senhas, impressões digitais, códigos e outras informações de seu exclusivo conhecimento. No entanto, muitos dos riscos associados à manutenção de sua conta podem ser mitigados com a sua cooperação. a) Em caso de perda ou roubo de cartão, cheque ou senha, comunique imediatamente o Itaú por meio de nossos canais de atendimento. b) Guarde sua senha em local seguro, nunca a revele a terceiros e utilize equipamentos com sistemas de segurança atualizados em operações realizadas em canais eletrônicos. c) Quando necessário, solicite ao Itaú o imediato registro de oposição, contraordem a pagamento e cancelamento de cheques, observando a lei. Além disso, uma gestão consciente de seus recursos pode reduzir riscos de possíveis desconroles na movimentação de sua conta. Assim, (i) para evitar a emissão de cheques sem provisão de fundos e sua inclusão no CCF - Cadastro de Emitentes de Cheques sem Fundos, sempre mantenha saldo disponível para liquidar cheques ainda não apresentados para pagamento e outros débitos pendentes; (ii) para lidar com indisponibilidades sistêmicas, bloqueios momentâneos e outras limitações de movimentação da conta, procure dispor de meios alternativos para pagamento de suas despesas imediatas; e (iii) caso opte pela contratação do serviço de adiantamento a depositante, use-o somente em situações emergenciais.

3. Informações Cadastrais: Você deverá manter seu cadastro atualizado, informando ao Itaú, sempre que solicitado, ou sempre que houver alteração, seus dados de renda, patrimônio, estado civil, telefone, endereço comercial, residencial e eletrônico e documentos de identificação apresentados na abertura da conta. As atualizações poderão ser efetuadas em qualquer agência Itaú. Seu endereço, telefone e e-mail podem ser atualizados também pela internet e pelo telefone. O Itaú poderá bloquear total ou parcialmente a movimentação de sua conta caso identifique a existência de dados desatualizados.

4. Contratação e rescisão: Para abrir sua conta, você deverá ler atentamente as Condições Gerais e preencher e assinar uma Proposta de Abertura de Conta, concordando com tais condições e escolhendo os serviços e autorizações disponíveis. Deverá apresentar os seguintes originais: (i) documento de identificação aceito pelo Itaú; (ii) comprovante de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF); e (iii) comprovante de residência. A conta poderá ser encerrada, a qualquer tempo, por escrito, por você ou pelo Itaú. No ato da solicitação de encerramento, você deverá entregar ao Itaú as folhas de cheque que possuir ou apresentar declaração de que as inutilizou. Além disso, deverá manter na sua conta saldo suficiente para pagamento dos compromissos assumidos. O Itaú enviará a você, por correio ou por meio eletrônico, aviso com a data do efetivo encerramento da conta.

Consultas, informações e transações, acesse itau.com.br ou ligue 4004 4828 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 970 4828 (demais localidades), todos os dias, 24 horas por dia ou procure sua agência. Reclamações, cancelamentos e informações gerais ligue para o SAC: 0800 728 0728, todos os dias, 24 horas por dia. Se não ficar satisfeito com a solução apresentada, de posse do protocolo, contate a Ouvidoria: 0800 570 0011, em dias úteis, das 9h às 18h. Deficiente auditivo/fala: 0800 722 1722, todos os dias, 24 horas por dia.

CIPTUR		RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL		SÉRIE J			
Vtr	SUCp	Data	S/Setor	H/Trans	H/Ini	CH/H	H/Fi
CIP-02	CIPTUR	20.09.18	OESTE	08:10	08:10	08:15	10:00
Cód. Oc.	Cód. Prov.	Cód. Ser. Prest.	Km/Ini.	Km/Fin			
1003/1001	13999	-----	73255	73265			
LOCAL DE OCORRÊNCIA							
Rua:	Rua: ESTRELA D'ALVA		Bairro:	RAIAR DO SOL		Refe.: 3081	
PESSOAS RELACIONADAS							
1 Envolvido Nome: OSÉIAS SALES PEREIRA Idade: 24 E. Civil: SOLTEIRO							
Endereço: RUA ELIFAS LEVI VELOSO FILHO, 274, OPERÁRIO.							
dt. R.G. 10478/MA CNH NÃO POSSUI Profissão: *****							
2 Envolvido Nome: RHOMER DE SOUZA LIMA Idade: 59 E. Civil: Solteiro							
Endereço: RUA ARARAQUARA, 190, SÃO VICENTE							
dt. R.G. 25271/RR CNH 00653504939 Profissão: SERVIDOR PÚBLICO							
VEÍCULOS ENVOLVIDOS/DANOS							
V1: HONDA/CG FAN DE COR VERMELHA E PLACA NUK-9198. DANOS: PARTE FRONTAL, TANQUE DE COMBUSTÍVEL E PAINEL.							
V2: ITOYOTA HILUX DE COR PRATA E PLACA JXT-5281. DANOS.							
RECEBI CONDUZINDO(S) MATERIAL (MIS) ACIMA ANOTADO (S): não houve pessoas ou objetos apreendidos							
SSINATURA		CARGO		LOCAL			
Senhor(a) Delegado(a) da DAT:		ACPC		DAT			
HISTÓRICO							
INFORMO QUE FOMOS ACIONADOS VIA CIOPS PARA ATENDER A UMA OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO NO LOCAL SUPRACITADO, CHEGANDO AO LOCAL FOI CONSTATADO O SINISTRO E DE ACORDO COM AS PARTES ENVOLVIDA O V1, CONDUZIDO POR OSÉIAS, TRAFEGAVA PELA RUA ESTRELA D'ALVA SENTIDO BAIRRO QUANDO AO PASSA PELA PONTE QUE EXISTE NO LOCAL O V2, CONDUZIDO POR RHOMER SAIU DO ESTACIONAMENTO DE UM ESTABELECIMENTO E ENTROU NA REFERIDA RUA PARA SEGUIR SEU DESTINI, PORÉM O MESMO NÃO AVISTOU V1 SENDO COLIDIDO PELA MOTOCICLETA OCACIONANDO O ACIDENTE, APÓS O SINISTRO O CONDUTOR DE V2 EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR O DEVIDO SOCORRO. INFORMO QUE O SAMU FOI ACIONADO PARA O LOCAL ONDE PRESTOU ATENDIMENTO AO SENHOR OSÉIAS E CONDUZIU O MESMO AO HGR E A PERÍCIA NÃO FOI REALIZADA NO LOCAL POIS O LOCAL FOI VIOLADO POR POPULARES. INFORMO AINDA, QUE O V1 SE ENCONTRAVA COM O LICENCIAMENTO ATRASADO E O CONDUTOR NÃO POSSUIA CNH, PORÉM O VEÍCULO NÃO REMOVIDO POR FALTA DE MEIOS. ERA O QUE TINHA A RELATAR.							
41236-8		SOLDADO		CIPTUR			
GUILHERME BORGES FRAULOB		No		Posto/Graduação		SUOp	



20/09/2018

... Guia de Atendimento 02 ...

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



1801011458	20/09/2018 08:50:52	FICHA DE ATENDIMENTO	TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	6
Paciente	OSEAS SALES PEREIRA	Data Nascimento	26/09/1993	Idade	24 A 11 M 24 D
CNS	700009709121507	CPF	02678494276	Prontuário	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	M
Estado Civil	SOLTEIRO(A)	Raça/Cor	PARDA	Naturalidade	MATA ROMA - MA
Mãe	RAIMUNDA ARAUJO SALES PEREIRA	Pai	LUIS PEREIRA	Contato	(95) 99142-3099
Endereço	RUA - ELIFAS LEVI VELOSO FILHO - SN - OPERARIO - BOA VISTA - RR				
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento	URGÊNCIA	Procedência	Temp.
Setor	GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada	SAMU CAPITAL	Procedimento Sol.	Registrado por: DANIEL VIANA
Queixa Principal	☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue				

mnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

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

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 09:00 h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☒ RAO - X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Prescrição: Inalação pelo SAMU com Injeção de morfina por acidente de motocicleta com

AS: 09:00h

AS: 10:00h

AS: 10:30h

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☐ Transferência para:

☐ Ambulatório
☐ Observação (até 24h)
☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: 20/09/2018 09:00h
cópia é fiel Reprodução Original
Anatomia Patológica

óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: daniel.viana

Data Hora: 20/09/2018 08:52:57

© 2018

PROJUDI - Sistema de Gestão de Processos

Desenvolvido por: SCS

versão: 1.2.0

1801011458

14 DEZ. 2018

CATAPLAXIA

Dr. Marcelo Amorim

Paciente vítima de acidente de trânsito com
voto acustico (sic) com contusões traumáticas contu-
do L. PRATO @, ANAOL (E) e TIRZ (E).

RX: FRACTURA LIXADA TIRZ (E), FRACTURA
XLOXO PRATO @. FRACTURA ANAOL (E).

CD: DE CENTRO URBANIZADO.

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

CIRURGIA

Paciente com fratura de fêmur e lesão de punho @.
Lesão grave. Foi realizada redução, fixa-
ção cirúrgica.

Paciente com punho reduzido, sem
e punho - interdigital. De interdigital

após
se mantém sob C.A. URBANIZADO

Segue em avaliação de Ortopedia
Sei avaliação sob C.A. URBANIZADO

Dr. Thiago Vieira
Cirurgião de Ortopedia
CRM 1828/RR



14 DEZ. 2018

CIPTUR		RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL		SÉRIE J			
Vtr	SUCp	Data	S/Setor	H/Transm	H/Ini	CH/H	H/Fin
CIP-02	CIPTUR	20.09.18	OESTE	08:10	08:10	08:15	10:00
Cód. Oc.	Cód. Prov.	Cód. Ser. Prest.	Km/Ini.	Km/Fin			
1003/1001	13999		73255	73265			
LOCAL DE OCORRÊNCIA							
Rua:	Rua: ESTRELA D'ALVA	Bairro:	RAIAR DO SOL	Refe.:	3081		
PESSOAS RELACIONADAS							
1	Envolvido	Nome:	OSÉIAS SALES PEREIRA	Idade:	24	E. Civil:	SOLTEIRO
Endereço: RUA ELIFAS LEVI VELOSO FILHO, 274, OPERÁRIO.							
Edt. R.G	10478/MA	CNH	NÃO POSSUI	Profissão:	*****		
2	Envolvido	Nome:	RHOMER DE SOUZA LIMA	Idade:	59	E. Civil:	Solteiro
Endereço: RUA ARARAQUARA, 190, SÃO VICENTE							
Edt. R.G	25271/RR	CNH	00653504939	Profissão	SERVIDOR PÚBLICO		
VEICULOS ENVOLVIDOS/DANOS							
V1: HONDA/CG FAN DE COR VERMELHA E PLACA NUK-9198. DANOS: PARTE FRONTAL, TANQUE DE COMBUSTÍVEL E PAINEL.							
V2: ITOYOTA HILUX DE COR PRATA E PLACA JXT-5281. DANOS:							
RECEBI CONDUZINDO(S) MATERIAL(AIS) ACIMA ANOTADO(S): não houve pessoas ou objetos apreendidos							
ASSINATURA	CARGO		ACPC	LOCAL	DAT		
Senhor(a) Delegado(a) da DAT:		HISTORICO					
INFORMO QUE FOMOS ACIONADOS VIA CIOPS PARA ATENDER A UMA OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO NO LOCAL SUPRACITADO, CHEGANDO AO LOCAL FOI CONSTATADO O SINISTRO E DE ACORDO COM AS PARTES ENVOLVIDA O V1, CONDUZIDO POR OSÉIAS, TRAFEGAVA PELA RUA ESTRELA D'ALVA SENTIDO BAIRRO QUANDO AO PASSA PELA PONTE QUE EXISTE NO LOCAL O V2, CONDUZIDO POR RHOMER SAIU DO ESTACIONAMENTO DE UM ESTABELECIMENTO E ENTROU NA REFERIDA RUA PARA SEGUIR SEU DESTINI, PORÉM O MESMO NÃO AVISTOU V1 SENDO COLIDIDO PELA MOTOCICLETA OCASIONANDO O ACIDENTE, APÓS O SINISTRO O CONDUTOR DE V2 EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR O DEVIDO SOCORRO. INFORMO QUE O SAMU FOI ACIONADO PARA O LOCAL ONDE PRESTOU ATENDIMENTO AO SENHOR OSÉIAS E CONDUZIU O MESMO AO HGR E A PERÍCIA NÃO FOI REALIZADA NO LOCAL POIS O LOCAL FOI VIOLADO POR POPULARES. INFORMO AINDA, QUE O V1 SE ENCONTRAVA COM O LICENCIAMENTO ATRASADO E O CONDUTOR NÃO POSSUIA CNH, PORÉM O VEÍCULO NÃO REMOVIDO POR FALTA DE MEIOS. ERA O QUE TINHA A RELATAR.							
41236-8		SOLDADO		CIPTUR			
Guilherme Borges FrauloB		No		Posto/Graduação		SUOp	



14 DEZ. 2018

X RT. 000A

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Uto. 26/09

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE: **Uelson Sales Pereira**

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: **468158**

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **710101097109112115107**

8 - DATA DE NASCIMENTO: **26/09/93**

9 - SEXO: **M**

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: **Raimunda Araújo Sales Pereira**

11 - TELEFONE DE CONTATO: **91591911912309**

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): **R. Eufrosina Uelson Filho Operário**

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **BV**

14 - CDD, BGE, MUNICÍPIO: **RIR**

15 - UF: **RIR**

16 - CEP: **11111111**

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

Trauma Contuso decorrente de acidente + queda
FX exposta + Lx do pulso D + F+Lx do tornozelo + lesão do
pé direito em pé de apoio

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

Correção

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

Exame físico + RX

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO:

21 - CID 10 PRINCIPAL: **S70.0**

22 - CID 10 SECUNDÁRIO: **S70.0**

23 - CID 10 TERCÁRIO: **S70.0**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **Tratamento de Fratura do 1º metacarpo do pé direito + redução do tornozelo**

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: **01.01.01.001**

26 - CLÍNICA: **Uto**

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: **1**

28 - DOCUMENTO: **1**

29 - Nº DO DOCUMENTO: **1**

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: **Dr. Abhner de Souza Gomes Lins dos Santos**

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: **26/09/13**

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **0408020466-56**

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO: **1**

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO: **1**

35 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO: **1**

36 - CNPJ DA SEGURADORA: **1**

37 - Nº DO BILHETE: **1**

38 - SÉRIE: **1**

39 - CNPJ EMPRESA: **1**

40 - CNAE DA EMPRESA: **1**

41 - CBOE: **1**

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: **1**

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **Dr. Abhner de Souza Gomes Lins dos Santos**

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR: **0408020466-56**

45 - DOCUMENTO: **1**

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CNPJ) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **0408020466-56**

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: **26/09/13**

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **0408020466-56**

14 DEZ. 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 20.09.18 O.S. _____

Unos Sals Perce



DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fx exposto 12x de punho (D)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____

Tipo de intervenção: TU fechada da Fx exposta 12x do punho D (D) pericóteo externo

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Dr. Marcelo Arruda 1º AUXILIAR: Dr. Elder R3

2º AUXILIAR: Dr. Marcos A. R3

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

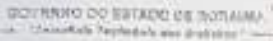
DURAÇÃO: _____

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1- Pot. E.D.H. + crânio
 - 2- Limpeza + Antissepsia + Campo Estéril
 - 3- LNC traçada, incisão longitudinal em região palmar, redução cruento, controle radiográfico e redução satisfatória + pericóteo externo + sutura hemostática + section + cicatriz
 - 4- Redução imediata do Fx/Lx fechado do TUZ (D) + controle radiográfico + TALA geral
 - 5- Sutura de partes moles em região do punho D
- CRS: Avaliação do Vencido no caso de

14 DEZ. 2018



Costas Sales Pereira 24/09/2018

1999

Was none

AGENTES		DOSES		TÉCNICA		ANESTÉSICOS	
DA	248						
X	238						
ALCO	200						
Q	180						
MAES	160						
X	140						
OP	120						
O	100						
ASPR	80						
A	60						
RESP	40						
O	20						
Expon							
Atax							
Coma							
Sedação							
A							
B							
C							
D							
E							
F							
G							
H							
I							
J							
K							
L							
M							
N							
O							
P							
Q							
R							
S							
T							
U							
V							
W							
X							
Y							
Z							
AA							
AB							
AC							
AD							
AE							
AF							
AG							
AH							
AI							
AJ							
AK							
AL							
AM							
AN							
AO							
AP							
AQ							
AR							
AS							
AT							
AU							
AV							
AW							
AX							
AY							
AZ							
BA							
BB							
BC							
BD							
BE							
BF							
BG							
BH							
BI							
BJ							
BK							
BL							
BM							
BN							
BO							
BP							
BQ							
BR							
BS							
BT							
BU							
BV							
BW							
BX							
BY							
BZ							

- ⑧ Tolerant 40% (W)
- ⑨ Drought tolerant 40% (W)
- ⑩ Undernutrition 80% (W)
- ⑪ Defensive 40% (W)
- ⑫ Unhappy 40% (W)
- ⑬ Neurotic 40% (W)
- ⑭ Strong 40% (W)
- ⑮ 40% (W)

Scanned by CamScanner



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE <i>Max Sales Pereira</i>		APT OU LEITO <i>C.T.</i>		Nº DO PRONTUÁRIO <i>54002</i>		DATA <i>22/09/12</i>	
TIPO <i>1to Enxerto de fêmur esquerda do punho</i>				CIRURGIA			
				TEMPO DE DURAÇÃO			
				INICIO <i>11:37</i>	FIM <i>12:15</i>	TEMPO TOTAL	
CIRURGIÃO <i>Dr. Marcelo Corrêa</i>		EQUIPE MÉDICA					
1º AUXILIAR <i>Dr. R. S. S. S.</i>		ANESTESISTA:		<i>Dr. Ciro Paulo</i>			
2º AUXILIAR <i>Dr. B. S. S. S.</i>		RES. ANESTESIA:		<i>Dr. R. S. S. S.</i>			
		INSTRUMENTADOR					
		CIRCULANTE		<i>Vano e Adenilton</i>			
TIPO DE ANESTESIA:		TEMPO DE DURAÇÃO:					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS			
☐	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		☐	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml			
☒	PACOTES GAZE		☒	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO			
☐	LUVA ESTERIL 7.0		☐	FRASCOS- SORO GLICOSADO			
☒	LUVA ESTERIL 7.5		☐	FIO VICRYLNº			
☐	LUVA ESTERIL 8.0		☐	FIO MONONYLON Nº 2.0			
☐	LUVA ESTERIL 8.5		☐	FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº			
☐	LUVAS P/PROCEDIMENTOS		☐	FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº			
☐	LÂMINA BISTURINº 11		☐	FIO CATGUT SIMPLES Nº			
☐	DRENO DE SUÇÃO Nº		☐	FIO CATGUT CROMADO Nº			
☐	DRENO DE TORAX Nº		☐	FIO PROLENE Nº			
☐	DRENO DE PENROSE Nº		☐	FIO SPIDANº			
☐	SERINGA 01ML		☐	SURGICEL			
☐	SERINGA 03ML		☐	CERA P/ OSSO			
☐	SERINGA 05 ML		☐	KIT CATAPATANº			
☐	SERINGA 10ML		☐	GEOFOAM			
☐	SERINGA 20ML		☐	FITA CARDIACA			
☐	TOT 9.5		☐	OUTROS:			
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE				
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE <i>Bruno e Suelen</i>	MATERIAL MEDICAMENTOS				
FUNÇÃO/CAVULOS		CIRCULANTE DE SALA <i>Vano e Adenilton</i>	SUB- TOTA				
			TAXA DE SALA				
			TAXA DE ANESTESIA				
			SOM/				
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE							

14 DEZ. 2018

14 DEZ. 2018



Alergio

SAI - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

NOME: Oscar Sales Pereira

Tratamento de fratura exposta / luxação de punho (D)

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO		TRANSFERTÊNCIA				SRPA		Sinais Vitais				
Data	Idade	Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Início da Anestesia	Término da Cirurgia	Saída S.O.	Cirurgia Realizada	Anestesia	T	P	PA	SPO2
20/09/2018	24	10:50	11:17	11:00	12:15	12:30	BLO	17 - anestesia de punho (D)	1h	110	100/70	100
Chegada:		Cirurgia Realizada		Anestesia		Posicionamento		Localização		Sinais Vitais		
☒ Emergência		☒ Urgência		☒ Eletiva		☒ Eletiva		☒ Eletiva		☒ Eletiva		
☒ Outros:		☒ Outros:		☒ Outros:		☒ Outros:		☒ Outros:		☒ Outros:		
Cirurgia Proposta:		Hidratação Infundida		Antibiótico Terapêutico		Hemodinâmica		Localização		Sinais Vitais		
1. Informações:		SFA 0,9%:		Nome do Antibiótico		CH:		Localização		Sinais Vitais		
☒ Jejum		SG a 10%:		Dose:		Plasma:		Localização		Sinais Vitais		
☒ Jólis		Outros:		Nº de compressas oferecidas:		Plaquetas:		Localização		Sinais Vitais		
☒ Banho		Sinais Vitais:		Nº de compressas recolhidas:		Anatomia Patológica:		Localização		Sinais Vitais		
☒ Alegria		T: 36,9 °C		P: 69 bpm		Nº peças:		Localização		Sinais Vitais		
☒ Exames		SAT: 99%		R: 112 rpm		Nº cultura:		Localização		Sinais Vitais		
☒ Outros		FC: 69 bpm		PA: 120/62 mmHg		Outros:		Localização		Sinais Vitais		
2. Estado Emocional/ Mental		Exames na SO: () Ht () Hb () Hemograma () Rolo X		() Outros:		() Outros:		Localização		Sinais Vitais		
☒ Choro		Legenda		1. Eletrodos		2. Oxímetro		Localização		Sinais Vitais		
☒ Agitado		3. PVC		4. Placa de Bisturi		5. Injeção		Localização		Sinais Vitais		
☒ Outros		6. Cateter		7. Venoclise		8. Dreno		Localização		Sinais Vitais		
Sinais Vitais:		9. SNG		10. Falxa de Smarch		11. Outros:		Localização		Sinais Vitais		
P: 98 bpm		12. Eletrodo		13. Oxímetro		14. PVC		Localização		Sinais Vitais		
PA: 106 mmHg		15. Placa de Bisturi		16. Injeção		17. Cateter		Localização		Sinais Vitais		
FC: 97 bpm		18. Venoclise		19. Dreno		20. SNG		Localização		Sinais Vitais		
☒ Regular		21. Eletrodo		22. Oxímetro		23. PVC		Localização		Sinais Vitais		
☒ Irregular		24. Placa de Bisturi		25. Injeção		26. Cateter		Localização		Sinais Vitais		
Condições da Pele:		27. Venoclise		28. Dreno		29. SNG		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		30. Eletrodo		31. Oxímetro		32. PVC		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		33. Placa de Bisturi		34. Injeção		35. Cateter		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		36. Venoclise		37. Dreno		38. SNG		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		39. Eletrodo		40. Oxímetro		41. PVC		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		42. Placa de Bisturi		43. Injeção		44. Cateter		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		45. Venoclise		46. Dreno		47. SNG		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		48. Eletrodo		49. Oxímetro		50. PVC		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		51. Placa de Bisturi		52. Injeção		53. Cateter		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		54. Venoclise		55. Dreno		56. SNG		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		57. Eletrodo		58. Oxímetro		59. PVC		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		60. Placa de Bisturi		61. Injeção		62. Cateter		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		63. Venoclise		64. Dreno		65. SNG		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		66. Eletrodo		67. Oxímetro		68. PVC		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		69. Placa de Bisturi		70. Injeção		71. Cateter		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		72. Venoclise		73. Dreno		74. SNG		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		75. Eletrodo		76. Oxímetro		77. PVC		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		78. Placa de Bisturi		79. Injeção		80. Cateter		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		81. Venoclise		82. Dreno		83. SNG		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		84. Eletrodo		85. Oxímetro		86. PVC		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		87. Placa de Bisturi		88. Injeção		89. Cateter		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		90. Venoclise		91. Dreno		92. SNG		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		93. Eletrodo		94. Oxímetro		95. PVC		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		96. Placa de Bisturi		97. Injeção		98. Cateter		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		99. Venoclise		100. Dreno		101. SNG		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		102. Eletrodo		103. Oxímetro		104. PVC		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		105. Placa de Bisturi		106. Injeção		107. Cateter		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		108. Venoclise		109. Dreno		110. SNG		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		111. Eletrodo		112. Oxímetro		113. PVC		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		114. Placa de Bisturi		115. Injeção		116. Cateter		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		117. Venoclise		118. Dreno		119. SNG		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		120. Eletrodo		121. Oxímetro		122. PVC		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		123. Placa de Bisturi		124. Injeção		125. Cateter		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		126. Venoclise		127. Dreno		128. SNG		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		129. Eletrodo		130. Oxímetro		131. PVC		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		132. Placa de Bisturi		133. Injeção		134. Cateter		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		135. Venoclise		136. Dreno		137. SNG		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		138. Eletrodo		139. Oxímetro		140. PVC		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		141. Placa de Bisturi		142. Injeção		143. Cateter		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		144. Venoclise		145. Dreno		146. SNG		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		147. Eletrodo		148. Oxímetro		149. PVC		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		150. Placa de Bisturi		151. Injeção		152. Cateter		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		153. Venoclise		154. Dreno		155. SNG		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		156. Eletrodo		157. Oxímetro		158. PVC		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		159. Placa de Bisturi		160. Injeção		161. Cateter		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		162. Venoclise		163. Dreno		164. SNG		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		165. Eletrodo		166. Oxímetro		167. PVC		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		168. Placa de Bisturi		169. Injeção		170. Cateter		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		171. Venoclise		172. Dreno		173. SNG		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		174. Eletrodo		175. Oxímetro		176. PVC		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		177. Placa de Bisturi		178. Injeção		179. Cateter		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		180. Venoclise		181. Dreno		182. SNG		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		183. Eletrodo		184. Oxímetro		185. PVC		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		186. Placa de Bisturi		187. Injeção		188. Cateter		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		189. Venoclise		190. Dreno		191. SNG		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		192. Eletrodo		193. Oxímetro		194. PVC		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		195. Placa de Bisturi		196. Injeção		197. Cateter		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		198. Venoclise		199. Dreno		200. SNG		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		201. Eletrodo		202. Oxímetro		203. PVC		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		204. Placa de Bisturi		205. Injeção		206. Cateter		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		207. Venoclise		208. Dreno		209. SNG		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		210. Eletrodo		211. Oxímetro		212. PVC		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		213. Placa de Bisturi		214. Injeção		215. Cateter		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		216. Venoclise		217. Dreno		218. SNG		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		219. Eletrodo		220. Oxímetro		221. PVC		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		222. Placa de Bisturi		223. Injeção		224. Cateter		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		225. Venoclise		226. Dreno		227. SNG		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		228. Eletrodo		229. Oxímetro		230. PVC		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		231. Placa de Bisturi		232. Injeção		233. Cateter		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		234. Venoclise		235. Dreno		236. SNG		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		237. Eletrodo		238. Oxímetro		239. PVC		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		240. Placa de Bisturi		241. Injeção		242. Cateter		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		243. Venoclise		244. Dreno		245. SNG		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		246. Eletrodo		247. Oxímetro		248. PVC		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		249. Placa de Bisturi		250. Injeção		251. Cateter		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		252. Venoclise		253. Dreno		254. SNG		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		255. Eletrodo		256. Oxímetro		257. PVC		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		258. Placa de Bisturi		259. Injeção		260. Cateter		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		261. Venoclise		262. Dreno		263. SNG		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		264. Eletrodo		265. Oxímetro		266. PVC		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		267. Placa de Bisturi		268. Injeção		269. Cateter		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		270. Venoclise		271. Dreno		272. SNG		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		273. Eletrodo		274. Oxímetro		275. PVC		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		276. Placa de Bisturi		277. Injeção		278. Cateter		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		279. Venoclise		280. Dreno		281. SNG		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		282. Eletrodo		283. Oxímetro		284. PVC		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		285. Placa de Bisturi		286. Injeção		287. Cateter		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		288. Venoclise		289. Dreno		290. SNG		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		291. Eletrodo		292. Oxímetro		293. PVC		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		294. Placa de Bisturi		295. Injeção		296. Cateter		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		297. Venoclise		298. Dreno		299. SNG		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		300. Eletrodo		301. Oxímetro		302. PVC		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		303. Placa de Bisturi		304. Injeção		305. Cateter		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		306. Venoclise		307. Dreno		308. SNG		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		309. Eletrodo		310. Oxímetro		311. PVC		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		312. Placa de Bisturi		313. Injeção		314. Cateter		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		315. Venoclise		316. Dreno		317. SNG		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		318. Eletrodo		319. Oxímetro		320. PVC		Localização		Sinais Vitais		
☒ Eritema		321. Placa de Bisturi		322. Injeção								

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Oscar Sales Pereira
Responsável Cirurgião: D. Marcelo André

ENTRADA (Sala Pré-Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

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

RISCO CIRÚRGICO

- ☐ Aplica ☒ Não se Aplica

SÍTIO DE MARCADO

- ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

☐ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA
CONCLUÍDA

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM
FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

- ☒ Não ☐ Sim, Qual: _____

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

- ☒ Não
☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

- ☒ Não
☐ Sim, e acesso venoso adequado e planejamento
para fluidos

Assinatura

Hora: _____

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista: D. Ana Paula

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO
CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

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

☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI
REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Não se aplica

☐ Sim

Qual: _____ Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☐ Sim

☐ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE
OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós-Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO
REGISTRADO

- ☐ Sim ☐ Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS
CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS
ESTÃO CORRETAS

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplicam

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

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
PARA SER RESOLVIDO

- ☐ Sim ☐ Não

☐ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A
EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM
PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A
RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTES PACIENTES

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Assinatura e Carimbo

14 DEZ. 2018

S: Paciente ainda no leito 14:00 Rev. V/ 108-8

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE		<i>OSIAS GOMES DOS SANTOS</i>					
DIAGNÓSTICO							
ALERGIAS		HAS		DM2			
IDADE		LEITO		DATA		<i>21/09/18</i>	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE						
2	AVP						
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H					<i>12 18 24 06</i>	
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H					<i>12 24</i>	
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H					<i>9/05 12 18 24 06</i>	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/6h SE DOR INEFETIVA						
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)						
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N						
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						
11	CURATIVO DIÁRIO						
12	SSV + CCGG 6/6 H						
13	<i>Omeprazol 20 mg EV 12/12h</i>					<i>12 18 24 06</i>	
14	<i>Clopidogrel 75 mg EV 12/12h</i>					<i>12 18 24 06</i>	
15							
16							
17							
18							
19							
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU 13L DOSE ≤ 70 DLX 100% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA						
EVOLUÇÃO MÉDICA:							
Regulado para leito <i>108-8</i>							
SINAIS VITAIS		PA	FC	T			
6 H	<i>120/70</i>	<i>100</i>	<i>36.9</i>				
12 H	<i>110/70</i>	<i>103</i>	<i>36.9</i>				
18 H	<i>118/72</i>	<i>84</i>	<i>36.2</i>				
24 H	<i>130/80</i>	<i>85</i>	<i>37.0</i>				
<i>PA - 143/94</i> <i>FC - 20</i> <i>Parde - paciente estável s/ sequelas. Adm. cl. em + SSVs</i> <i>14 DEZ. 2018</i> <i>Mário Roberto de Souza</i> <i>Autor de ECV</i> <i>RECEBUE 130 134 SET</i>							

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 DE SAÚDE SOLICITANTE H.G.V.R.				2 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE Ortopedia				4 - CNES			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
5 - NOME DO PACIENTE Oseas Sales Pereira				6 - Nº DO PRONTUÁRIO			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 71001010912109112115107				8 - DATA DE NASCIMENTO 26/09/93		9 - SEXO M	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL Raimunda Araújo Sales Pereira				11 - TELEFONE DE CONTATO 915 919114213095			
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) R. Elias da Joloso Filho Operários				13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA BV			
14 - CDD, IBGE MUNICÍPIO 212				15 - UF RJ		16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Punção da fratura - luxação péla (E)							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Lactente - luxação							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) História + Exame físico + Radiografia							
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO fratura - luxação péla - (E)							
21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 ASSOCIADA							
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO osteossintese de fratura - luxação péla (E)							
25 - CLÍNICA		26 - DOCUMENTO () CMS () CFF		27 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE Dr. Max				30 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 25/9/18			
31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				32 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
33 - ACIDENTE DE TRABALHO		34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO		36 - CDD DA SEGURADORA	
37 - CNPJ EMPRESA		38 - CNPJ EMPRESA		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNPJ EMPRESA	
41 - CBO		42 - CBO		43 - CBO		44 - CBO	
12 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO RESGADO							
AUTORIZAÇÃO							
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 12/9/18				48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 0408050543 5823 V299				50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			

25.9 14 DEZ. 2018

BOLETIM OPERATÓRIO

Oscar Sales Pereira

Data: 25.09.18

OS: _____



DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: Dr. Max

1º AUXILIAR: Dr. Alberto

2º AUXILIAR: Dr. Elder

INSTRUMENTADORA: Dr. Marcus

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- (1) Paciente em D.D.H. sob anestesia
- (2) Antissepsia e Anestesia
- (3) Liberação de campos estendidos
- (4) Incisão lateral longitudinal + clivagem por placas e parafusos na visualização do foco da fratura
- (5) Redução fratura + fixação em placas e parafusos com auxílio da interpretação de imagens
- (6) Incisão longitudinal no maldito medial + fixação em 02 parafusos esponjosos
- (7) L.M.C
- (8) Sutura
- (9) Curativos
- (10) RPA

Max Augusto
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.123
RPPR 595

14 DEZ. 2018



GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ
"Instituição Nacional dos Direitos Humanos"

FICHA DE ANESTESIA

25/10/16
"Negotiação"
Morte HIR

PRE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - FORMA - EFEITO

Orgão: Sales Pereira

PROVIMENTO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
LIBERAR																				
MONITOR																				
CA																				
T																				
VALOR																				
INIB																				
A																				
OP																				
C																				
ASPIR																				
A																				
RESPI																				
C																				
ESPIR																				
ANAL																				
CONDI																				

ANESTESIA	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
1. <i>Indução 100mg</i>		<i>Indução com 100mg de Propofol</i>	<i>Indução com 100mg de Propofol</i>
2. <i>Mantimento 5mg</i>		<i>Mantimento com 5mg de Propofol</i>	<i>Mantimento com 5mg de Propofol</i>
3. <i>Relaxante 2mg</i>		<i>Relaxante com 2mg de Rocuronio</i>	<i>Relaxante com 2mg de Rocuronio</i>
4. <i>Mantimento 100mg</i>		<i>Mantimento com 100mg de Propofol</i>	<i>Mantimento com 100mg de Propofol</i>
5. <i>Relaxante 2mg</i>		<i>Relaxante com 2mg de Rocuronio</i>	<i>Relaxante com 2mg de Rocuronio</i>
6. <i>Mantimento 100mg</i>		<i>Mantimento com 100mg de Propofol</i>	<i>Mantimento com 100mg de Propofol</i>
7. <i>Relaxante 2mg</i>		<i>Relaxante com 2mg de Rocuronio</i>	<i>Relaxante com 2mg de Rocuronio</i>
8. <i>Mantimento 100mg</i>		<i>Mantimento com 100mg de Propofol</i>	<i>Mantimento com 100mg de Propofol</i>
9. <i>Relaxante 2mg</i>		<i>Relaxante com 2mg de Rocuronio</i>	<i>Relaxante com 2mg de Rocuronio</i>
10. <i>Mantimento 100mg</i>		<i>Mantimento com 100mg de Propofol</i>	<i>Mantimento com 100mg de Propofol</i>
11. <i>Relaxante 2mg</i>		<i>Relaxante com 2mg de Rocuronio</i>	<i>Relaxante com 2mg de Rocuronio</i>
12. <i>Mantimento 100mg</i>		<i>Mantimento com 100mg de Propofol</i>	<i>Mantimento com 100mg de Propofol</i>
13. <i>Relaxante 2mg</i>		<i>Relaxante com 2mg de Rocuronio</i>	<i>Relaxante com 2mg de Rocuronio</i>
14. <i>Mantimento 100mg</i>		<i>Mantimento com 100mg de Propofol</i>	<i>Mantimento com 100mg de Propofol</i>
15. <i>Relaxante 2mg</i>		<i>Relaxante com 2mg de Rocuronio</i>	<i>Relaxante com 2mg de Rocuronio</i>
16. <i>Mantimento 100mg</i>		<i>Mantimento com 100mg de Propofol</i>	<i>Mantimento com 100mg de Propofol</i>
17. <i>Relaxante 2mg</i>		<i>Relaxante com 2mg de Rocuronio</i>	<i>Relaxante com 2mg de Rocuronio</i>
18. <i>Mantimento 100mg</i>		<i>Mantimento com 100mg de Propofol</i>	<i>Mantimento com 100mg de Propofol</i>
19. <i>Relaxante 2mg</i>		<i>Relaxante com 2mg de Rocuronio</i>	<i>Relaxante com 2mg de Rocuronio</i>
20. <i>Mantimento 100mg</i>		<i>Mantimento com 100mg de Propofol</i>	<i>Mantimento com 100mg de Propofol</i>

sf 0.01 2000 X

2000

OPERAÇÃO: *FINITURA LIGAMENTO DE TORÇÃO*

ANESTESIA: *ANESTESIA GERAL*

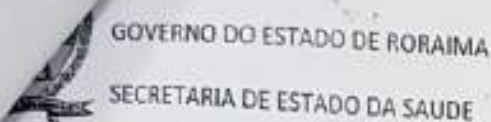
LOCAL: *LA 100*

DATA: *14 DEZ. 2018*

ASSINATURA: *Dr. Max Alberto*

ASSINATURA: *Dr. Max Alberto*

14 DEZ. 2018



FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE <i>Vinicius Sales Pereira</i>		APT OU LEITO <i>108-01</i>	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA <i>25 / 09 / 2018</i>	
TIPO <i>Obstetria de T&E (C)</i>		CIRURGIA			
		TEMPO DE DURAÇÃO			
		INICIO <i>11:25</i>	FIM <i>12:20</i>	TEMPO TOTAL	
CIRURGIÃO		EQUIPE MÉDICA			
1º AUXILIAR <i>Dr. Max / Dr. Alberto</i>		ANESTESISTA <i>Dr. Vinicius</i>			
2º AUXILIAR <i>Dr. (R) Elda</i>		RES. ANESTESIA <i>Dr. (R) Ruy</i>			
TIPO DE ANESTESIA <i>Brachial</i>		CIRCULANTE <i>Zeynep e Bahia</i>			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
☒	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		☒	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 250ml	
☒	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
☒	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
☒	LUVA ESTÉRIL 7.5			FIO VICRYL Nº 0	
☒	LUVA ESTÉRIL 8.0			FIO MONONYLON Nº 2.0	
☒	LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
☒	LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
☒	LÂMINA BISTURI Nº 11			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
☒	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
☒	DRENO DE TÓRAX Nº			FIO PROLENE Nº	
☒	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
☒	SERINGA 01ML			SURGICEL <i>Algodão</i>	
☒	SERINGA 03ML			CERA-PROSSO <i>Exatão / Anestésico</i>	
☒	SERINGA 05 ML			KIT CATARATANº <i>Chirurgia</i>	
☒	SERINGA 10ML			GEOFOAM <i>Alcalde 70%</i>	
☒	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA <i>cateter 0°</i>	
				OUTROS: <i>elavado</i>	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		SUB- TOTAL
FUNÇÃO/ARCA/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
			TAXA DE ANESTESIA		SOMA
			ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		

14 DEZ. 2018



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopedia

Tipo Cirurgia:

Ortopedia de TNE (E)

Data: 25/09/2018

Nº. DO PRONTUÁRIO: _____

Paciente: Onias Sales Pereira

Idade 24

Bloco: A Enfermaria 108 Leito: 01

Caixa: Pequenos Furos

Nº 3.5

Circulante: Bahia e Recife

Sala 04

Conferência Expurgo CME: _____

Materiais Utilizados:

Placa de 9 Furos

Parafuso Cortical N: 3.5 D N: 10 F

Parafuso N: 15.1 N: 20.1

Dr. Marcus Branner
Médico Responsável
CRM 181.182

Médico Responsável

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME

14 DEZ. 2018

14 DEZ. 2018

SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

NOME: Oressa Sabe Pereira

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO		TRANSOPERATÓRIO					SRPA	
Data:	25.09.17	Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia	Saída S.O.	Cirurgia Realizada	Anestesia
Reg. Idade:	25	11:07	11:28	11:13	12:20	12:27	<u>Pequena</u>	<u>Distúrbio de Foco (E)</u>
Chegada:		Cirurgia Realizada	Anestesia	Posicionamento	Localização			
() Emergência () U.T.I.		<u>Col de TnZ (E)</u>	<u>Roque</u>	<u>D. Domini</u>				
() Internação () U.T.I.		Hidratação Infundida	Antibiótico Terapêutica	Hemodiluidados				
() Outros:		SF a 0,9%: <u>2.000 ml</u>	Nome: <u>Ceftriaxona</u>	CH:				
Cirurgia Proposta:	<u>DA LINTO</u>	SG a 10%:	Dose: <u>2g</u>	Plasma:				
1. Informações:		Outros:		Plaquetas:				
() Jejum () Pré-anestésico		Nº de compressas oferecidas:	<u>12</u>	Arterio Patológico:				
() Jólis () Intracat		Nº de compressas recolhidas:	<u>12</u>	X Não				
() Banho () Sangue		Sinais Vitais:		Nº peças:				
() Alegria () Cardiopata		T: <u>36,5</u> °C	P: <u>104</u> bpm	() Cultura				
() Exames () Asmático		SAT: <u>100</u> %	R: <u>18</u> rpm	() Outros:				
() Outros: <u>Rx de P.C.</u>		() Regular:	() Irregular					
		FC: <u>104</u> bpm	PA: <u>108x66</u> mmHg					
2. Estado Emocional/ Mental		Exames na SC: () Hc () Hb () Hemograma	() Rolo X					
() Choro () Sonolento		() Outros:						
() Agitado								
() Outros: <u>Nervoso</u>								
Sinais Vitais:		Legenda						
() P: <u>104</u> bpm		1. Eletrodos						
() SAT: <u>100</u> %		2. Oxímetro						
() A: <u>104</u> mmHg		3. PVC						
() Regular () Irregular		4. Placa de Bisturi						
		5. Incisão						
		6. Cateter						
		7. Venoclise						
		8. Dreno						
		9. SNG						
		10. Falxa de Smarch						
		11. Outros:						
3. Condições da Pele:								
() IFAF () Parasitemia								
() IFAI () Queimadura								
() Dni () Hematoma								
() Frie () Contusão								
() Edema () Deformidade								
() Amputação								
() Ferida Exposta								
Destino: () SRPA () UTI () Outros:								
Instrumento elaborado pelos Enfermeiros da COPEM - 08/03/2019								

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Osório Pereira
Responsável Cirurgião: Dr. Alberto

ENTRADA (Sala Pré-Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- ☒ Identidade
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento
Consentimento () Sim () Não

RISCO CIRÚRGICO

☒ Aplica () Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

☒ Sim () Não ☒ Não se Aplica

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA
CONCLUÍDA

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM
FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

() Não () Sim, Qual: Nejo

VIAS AÉREAS DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

() Não
() Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☒ Não
() Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento
para fluidos

Assinatura

Hora: 10:00h

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista: Dr. Ubirajara

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO
CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

() REVISÃO DO CIRURGIÃO:

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

() REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

() REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI
REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

() Não se aplica

() Sim,

Qual: _____ Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

() Sim

() Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE
OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós-Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO
REGISTRADO

() Sim () Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS
CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS
ESTÃO CORRETAS

() Sim () Não () Não se Aplicam

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

() Sim () Não () Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
PARA SER RESOLVIDO

() Sim () Não

() O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A
EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM
PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A
RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTES PACIENTES

() Sim () Não () Não se Aplica

Assinatura e Carimbo

14 DEZ. 2018

12 TA



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



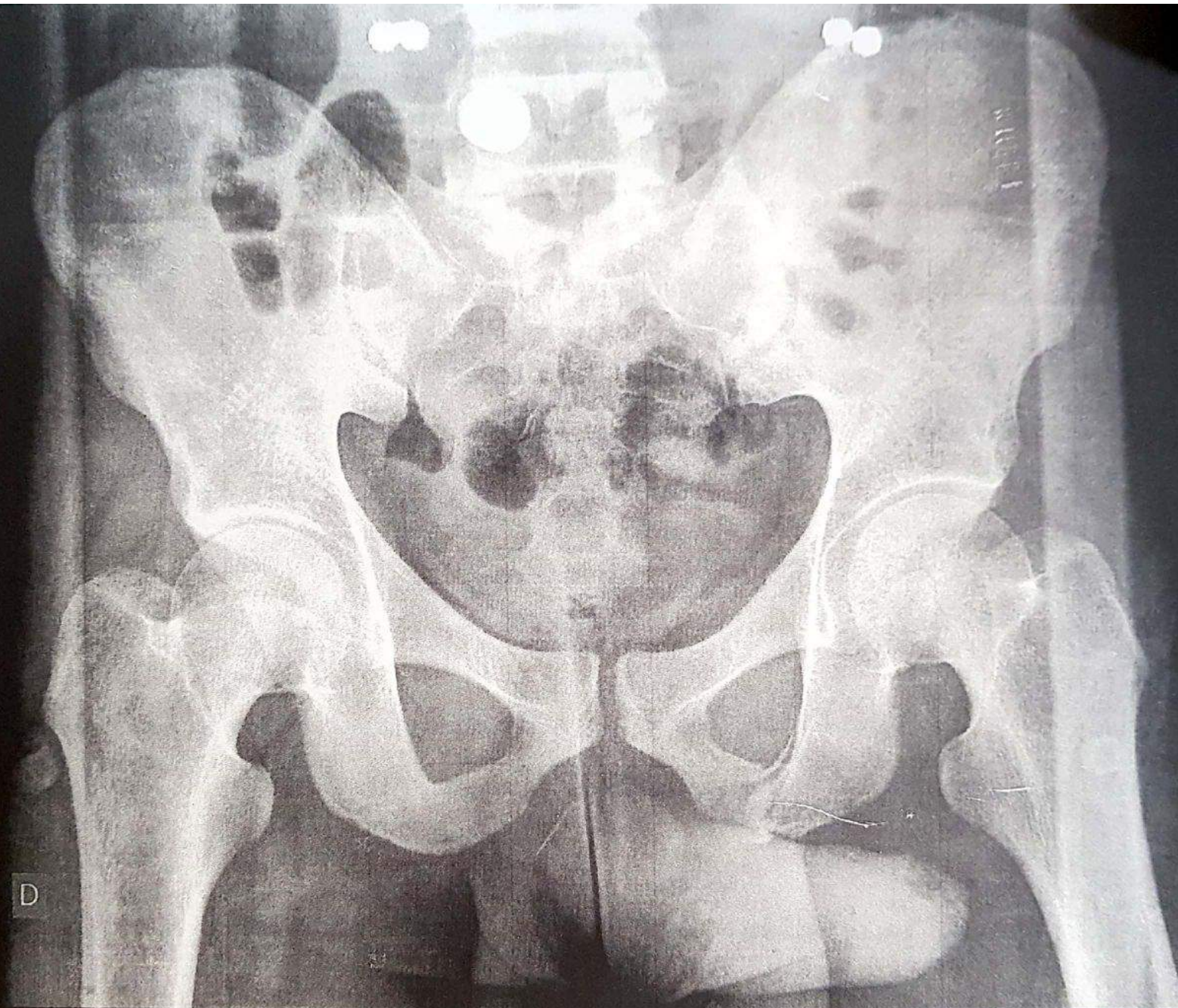
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE OSEAS SALES PEREIRA					
AGNÓSTICO FX EXPOSTA/LX DE PENHO D + FX /LX TNZ E					
ALERGIAS					
IDADE	24	HAS		DM2	SIM
LEITO	108-1	DATA	26/09/2018		
PRESCRIÇÃO					
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICO				SND
2	SF 0,9% 500ML EV S/N				
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA S/N				} SN
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H				
9	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				24 06
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				} SN
11	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CURATIVO DIÁRIO				Relato
13	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS				Curativo
14	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (INICIO 20/09)				
15					24 06
16					16
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, ÁFEBRIL, ÉUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITADO: # CONDUTA: MANTIDA					
II PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA II PREVISÃO DE ALTA - SEM PREVISÃO					
SINAIS VITAIS		PA		FC	
6 H				FR	
12 H	12 TA				
18 H					
24 H					
MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MARCOS AGUIAR CRM 1995-RR					

14 DEZ. 2018









OSEAS SALES ,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

GABRIEL

20/9/2018 09:44:21

62,1 %

Scanned by CamScanner



OSEAS SALES ,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

GABRIEL

20/9/2018 09:44:21

83,8 %



71.3 %

22/9/2018 09 38:18



69.6 %

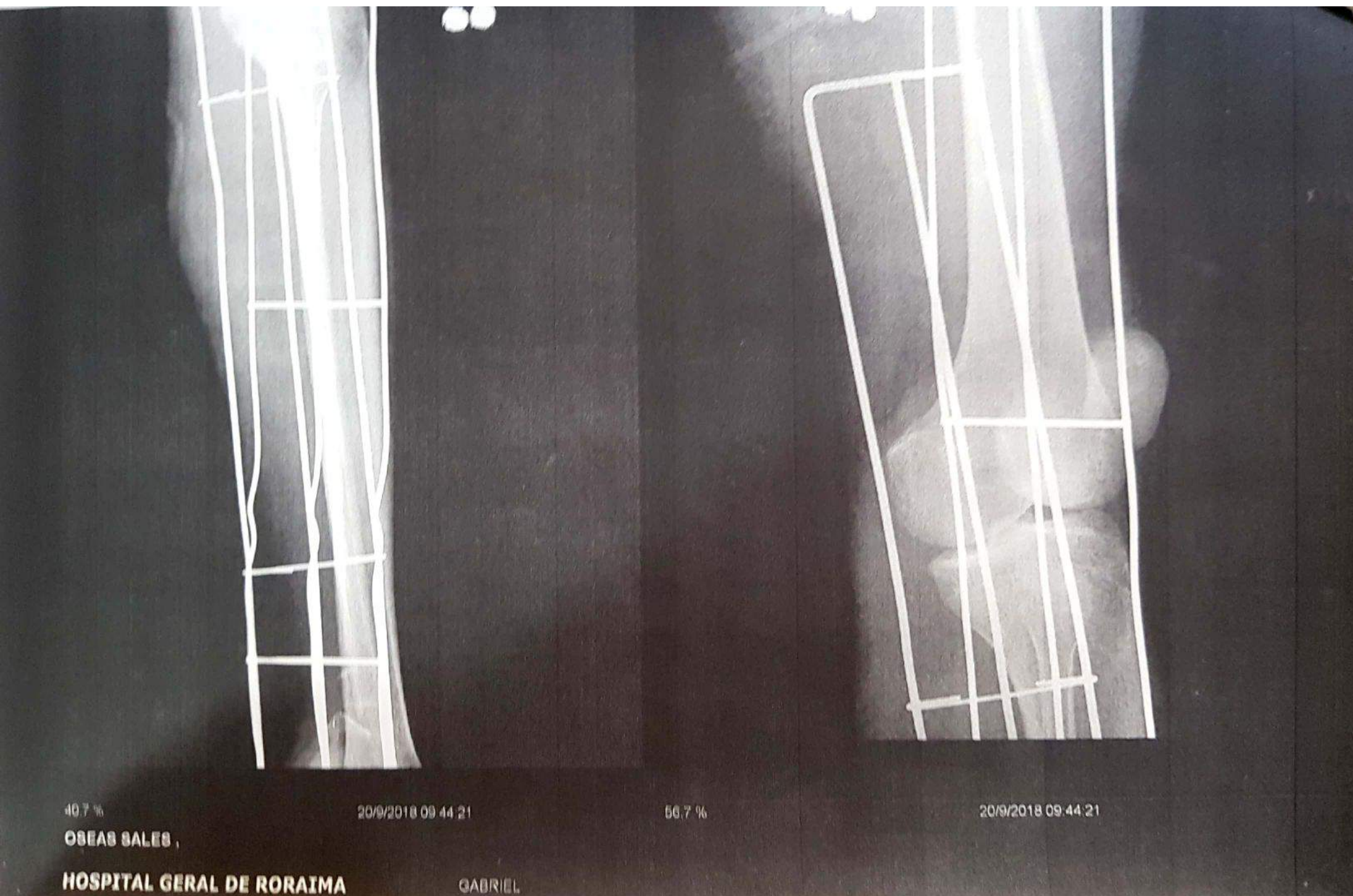
22/9/2018 09 38:18

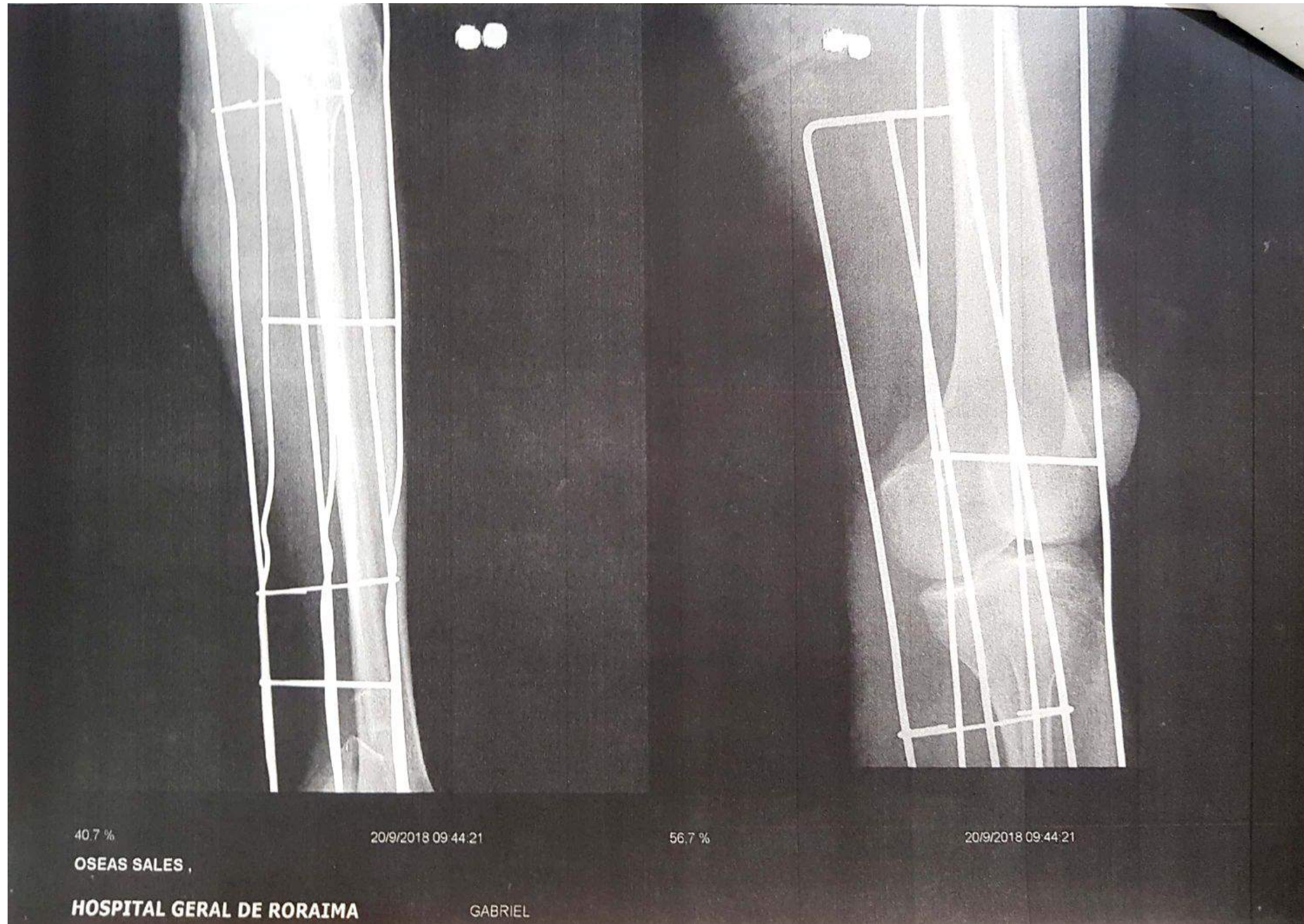
, OSEAS SALES PEREIRA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. M VASCONCELOS/ED. ROSANGELA











83,1 %

20/9/2018 09:44:21

OSEAS SALES,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

GABRIEL



73,1 %

20/9/2018 09:44:21





55.4 %

20/9/2018 10:05:24

OSEIAS SALES,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

D

GABRIEL



52.4 %

20/9/2018 10:05:24





OSEAS SALES ,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

GABRIEL

20/9/2018 09:44:21

44,0 %

Scanned by CamScanner



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE OSEAS SALES PEREIRA					
AGNOSTIC FX EXPOSTA/LX DE PENHO D + FX/LX TNZ E					
ALERGIAS					
IDADE 24		HAS		DM2	
ITEM		LEITO 108-1		DATA 22/09/2018	
PRESCRIÇÃO					
1	DIETA ORAL LIVRE				HORARIO
2	SF 0,9% 500ML EV S/N				500
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA S/N				50
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				50
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H				50
9	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				12/18/24/30
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				50
11	SSV + CCGG 6/6 H				50
12	CURATIVO DIÁRIO				atena
13	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS				curativa
14	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (INICIO 20/09)				12/18/24/30
15					26
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
2 ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITADO: # CONDUTA: MANTIDA					
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA					
SINAIS VITAIS					
II PREVISÃO DE ALTA - SEM PREVISÃO					
6 H	PA	FC	FR		
12 H	126/78	86			
18 H	120/80	82			
24 H	127/77	87			
06H 113/71 78					
Kauano - Paucando, Estável					
feita m-c p/ verificado					
SSV e entorção.					
Elisandra da Silva Aux. de Enfermagem COREN-RR 358.172					

Dr. Fernando Rezende
CRM-RR 2007
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
DATA DE ADMISSÃO		PRESCRIÇÃO MÉDICA			
PACIENTE	OSEAS SALES PEREIRA	DIH		DN	
AGNÓSTICO	FX EXPOSTA/LX DE PENHO D + FX /LX TNZ E				
ALERGIAS					
IDADE	24	HAS		DM2	SIM
LEITO	108-1	DATA	23/09/2018		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICO				5W D
2	SF 0,9% 500ML EV S/N				5W
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA S/N				5W
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				5W
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H				12/18/24/06
9	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				5W
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				5W
11	SSVV + CCGG 6/6 H				norm
12	CURATIVO DIÁRIO				S-C
13	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS				12/18/24/06
14	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (INICIO 20/09)				12
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA					MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MARCOS AGUIAR CRM 1995-RR
II PREVISÃO DE ALTA SEM PREVISÃO					
6 H	PA	FC	FR	Tax	
12 H	140x80	98	20	36,5	
18 H	133x79	96	18	36	
24 H	99x66	70		36,4	

06 106x63 | 64

36,5

Benivalda Silva Ribeiro
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 904758-1/EC

06/30/19 - Paciente mantido com curativo e analg.

GOVERNO DE RORAIMA HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HGR HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE OSEAS SALES PEREIRA					
AGNOSTIC FX EXPOSTA/LX DE PENHO D + FX /LX TNZ E					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE 24		LEITO 108-1		DATA 24/09/2018	
ITEM		PRESCRIÇÃO			
1		DIETA ORAL PARA DIABETICO			
2		SF 0,9% 500ML EV S/N			
4		TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA S/N			
7		METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			
8		DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H			
9		TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			
10		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
11		SSVV + CCGG 6/6 H			
12		CURATIVO DIÁRIO			
13		CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS			
14		GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (INICIO 20/09)			
15					
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITADO: # CONDUTA: MANTIDA					
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA					
SINAIS VITAIS					
6 H		PA		FC	
12 H		138/89		90	
18 H		118/68		109	
22 H		124/78		89	
FR		T		36.6	
MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MARCOS AGUIAR CRM 1995-RR					

CGH. 10830 75

108-1



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Roberto Sales Pereira, 14 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 20/10/14, COM
DIAGNÓSTICO DE Infecção por HIV (2) e Tuberculose (2)

NO DIA 01/5/13 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
SENDO

OPERADO PELO DR. MAY E DR. ALBERTO

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 26/12/1981, ÀS 12:30, EM BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 10 / 10 / 98, ÀS 15h, COM O
DR. _____

ORIENTAÇÕES GERAIS :

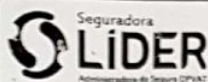
- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

BOA VISTA, 12/1/1973

MEDICO

AUTO-



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

026.784.942-76

Nome completo da vítima:

Oseas Sales Pereira

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

Nome completo:

Oseas Sales Pereira

CPF:

026.784.942-76

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Rua Elías Levi J. Filho

Número:

312

Complemento:

Cx 11246

Bairro:

Operário

Cidade:

Boca Vista

Estado:

RR

CEP:

69.316-296

E-mail:

ilovar@hotmail.com

Tel.(DDD):

(95) 98125-9538

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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:

AGÊNCIA:

6953

CONTA:

20986

AGÊNCIA:

1

CONTA:

(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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou

nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou

pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Boca Vista - RR, 14/12/18

Nome:

Oseas Sales Pereira

CPF:

026.784.942-76

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Oseas Sales Pereira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

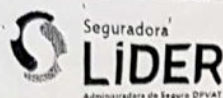
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

14 DEZ. 2018



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
Endereço		Número		Complemento	
Bairro	Cidade	Estado	CEP		
Email			Telefone (DDD)		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

- ☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

- ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
(Informar dígito se existir)

BANCO Nome NRO.
AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
(Informar dígito se existir)

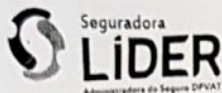
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

de de
Local e Data

Abhner Sales Pereira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

CPF da Vítima

Data do Acidente

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

_____, _____ de _____ de _____
Local e Data

Abner Sales Pereira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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/biblioteca/web/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 COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu _____ inscrito (a) no CPF/CNPJ _____ / _____
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário _____ inscrito
(a) no CPF sob o Nº _____ / _____, do sinistro de DPVAT cobertura _____ da Vítima
_____, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, 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		Número	Complemento
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)

_____ de _____ de _____
Local e Data

Abner Sales Pereira
Assinatura do Declarante



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, 06 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180593485

Vítima: OSEAS SALES PEREIRA

Data do Acidente: 20/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), OSEAS SALES PEREIRA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 7.256,25

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: OSEAS SALES PEREIRA

Valor: R\$ 7.256,25

Banco: 341

Agência: 000006953

Conta: 0000020986-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

Pag. 01139/01140 - carta_15R - INVALIDEZ



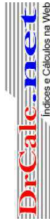
Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
R. Senador Dantas 74, 5º andar
Centro Rio de Janeiro CEP 20031-205



ANEXO 1

TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE

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



Cálculo de Atualização Monetária

Dados básicos informados para cálculo	
Descrição do cálculo	
Valor Nominal	R\$ 12.150,00
Indexador e metodologia de cálculo	IPCA-E (IBGE) - Calculado pro-rata die.
Período da correção	20/9/2018 a 1/3/2019
Taxa de juros (%)	1 % a.m. compostos
Período dos juros	20/9/2018 a 3/3/2019

Fator de correção do período	Dados calculados	
Percentual correspondente	162 dias	1,012882
Valor corrigido para 1/3/2019	162 dias	1,288202 %
Juros(164 dias-5.59018%)	(=)	R\$ 12.306,52
Sub Total	(+)	R\$ 687,96
	(=)	R\$ 12.994,48
	(=)	R\$ 12.994,48

Memória analítica do cálculo				
Valor inicial	12.150,00			
Data inicial	20/9/2018			
Data final	1/3/2019			
Periodicidade	Mensal			
Metodologia de cálculo	Calculado pro-rata die.			
		Termo final	Varição do período	Valor
		1/10/2018	0,0330 (%)	12.154,01
		1/11/2018	0,5800 (%)	12.224,50
		1/12/2018	0,1900 (%)	12.247,73
		1/1/2019	-0,1600 (%)	12.228,13
		1/2/2019	0,3000 (%)	12.264,82
		1/3/2019	0,3400 (%)	12.306,52
Acréscimos de juro, multa e honorários				
Juros(164 dias-5,59018%)	(+)			R\$ 687,96
Sub Total	(=)			R\$ 12.994,48
	(=)			R\$ 12.994,48