


PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA
1ª Vara Cível
Processo 0813433-31.2019.8.23.0010
Comarca: BOA VISTA

Data de Autuação: 02/05/2019 **Situação:** Público

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Data Distribuição: 02/05/2019 **Tipo Distribuição:** Distribuição Automática

Parte(s) do Processo
Tipo: Promovente

Nome: José Luiz Teixeira de Lima

Data de Nascimento: 08/12/1961

RG: 32146 SSP/RR

CPF/CNPJ: 112.274.192-87

Filiação: Maria Teixeira de Lima /

Advogado(s) da Parte

1018NRR ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS

2045NRR ANDRÉ CARLOS ISRAEL

Tipo: Promovido

Nome: Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

Data de Nascimento: Não cadastrada

RG: Não cadastrado

CPF/CNPJ: 09.248.608/0001-04

Advogado(s) da Parte

134307NRJ JOÃO ALVES BARBOSA FILHO



Abhner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO ADJUDICIA

Eu, JOSE LUIZ TEXEIRA DE LIMA PROFISSÃO: PEDREIRO
ESTADO CIVIL: CASADO, FONE: 99115-8464,
E-MAIL: ILDIRRR@HOTMAIL.COM RG: 32146
SSP- RR e CPF: 112.274.192-87, RESIDENTE À
RUA: SAGITARIO N° 70,
BAIRRO: JARDIM Primavera, 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 judicium*, 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, 26 de ABRIL de 201__.

Jose Luiz Teixeira de Lima
Outorgante

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

OUTORGANTE: JOSE LUIZ TEXEIRA DE LIMA
ESTADO CIVIL: CASADO PROFISSÃO: PEREIRO
RG N° 32146 SSP/ RR CPF: 112.274.192-87
ENDEREÇO: RUA SAGITARIO, Nº 70 - JARDIM FREI
MAVERA

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, 26 de ABRIL de 2019.

Jose Luiz Teixeira de Lima

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
860336510

NOME
JOSE LUIZ TEIXEIRA DE LIMA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR/UF
32146 SSP RR

CPF
112.274.192-87

DATA NASCIMENTO
08/12/1961

FILIAÇÃO
MARIA TEIXEIRA DE LIMA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AD

Nº REGISTRO
02452399640

VALIDADE
02/04/2019

HABILITAÇÃO
25/09/1987

OBSERVAÇÕES

Jose Luiz Teixeira de Lima
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
03/04/2014

Emilân Dantas Santos
Diretor - Presidente
DETRAN RR
ASSINATURA DO EMISSOR

50954912517
RR207503125

PROJUDI PLASTIFICAR
860336510

20 FEV. 2019

Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0088670-0

001289399

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ezequiel, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.441.476/0001-44 (Insc. Estadual: 24.001.042)
Nota Fiscal: 1/Conta de Energia Elétrica - 3ª via B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ/RR nº 13
Atividade Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 11.130 de 26 de abril de 2002.

CONTAS
AGOSTO/2018 06/09/2018 946 558,63

JOSE LUIZ TEIXEIRA DE LIMA
R. SAGITARIO 70 JARDIM PRIMAVERA
CPF: 00011227419287
CEP: 69.314-252 - BOA VISTA

ROT: 11.001.19.02.061500

DADOS DA BILHETEIRA	VALOR	DATAS DE VALIDADE
Atual	38809	20/08/2018
Anterior	37863	18/07/2018
Consumo Máximo	1,000	18/09/2018
Consumo Mínimo	946	17/08/2018
Consumo Faturado	946	20/08/2018
Consumo Médio	946	33
Consumo Faturado	946	33

COMERCIAL BI DADO 13TD01467 N.1511535 3.1.3.2 901

Consumo 946 A R\$ 0,557486 = 527,38

ILUMINACAO PUBLICA 31,25

PREFA SEM TRIBUTOS:
0 A 946 - 0,456710

Mes/Ano Valor R\$
07/2018 490,70

Caso haja cobrança de serviços de terceiros em sua fatura (LBV) P
ODERA SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO.
LIQUE 08007019120 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

4E23.2D25.0CB9.80AA.EBFC.58E0.6A9F.1FF2

RESEMIACAO FISCO	VALOR	IMPORTE
Composição	162,05	527,38
Classe	259,27	17,00%
Energia	0,00	89,65
Transmissão	10,30	0,97
Encargos	95,26	4,64
Tributos		

8,85 17,70 35,40 8,46 16,92 33,84 4,82

20 FEV. 2019

**POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 033/2019/DAT - Boa Vista-RR, em 16/01//2019

COMUNICANTE: JOSE LUIZ TEIXEIRA DE LIMA

RG: 32146

O. EXP.: SSP/MA

CPF: 11227419287

ENDEREÇO: RUA – SARGITÁRIO, 70

BAIRRO: JARDIM PRIMAVERA

CIDADE: BOA VISTA - RR

SEXO: MASCULINO

PROFISSÃO: PEDREIRO

NATURALIDADE: BOA VISTA

ESTADO: RR

DATA DE NASCIMENTO: 08/12/1961 IDADE: 57 ANOS GRAU DE INSTRUÇÃO:

ESTADO CIVIL: CASADO

TELEFONE: 99115-8164

Nº REG. CNH: 02452399640

NOME DO PAI:

NOME DA MÃE: MARIA TEIXEIRA DE LIMA

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às **19h00min do dia 11/08/2018, RUA – RICARDO FROZ, NAS PROXIMIDADES DA FEIRA DO PRODUTOR, BAIRRO SÃO VICENTE.**

O comunicante acima qualificado compareceu nesta Delegacia para relatar que estava vindo do local acima citado na **MOTOCICLETA HONDA/NXR 150 BROS ES, PLACA NAR-5537, DE COR VERMELHA, ANO 2008/2008, DE PROPRIEDADE DO SENHOR JOSE LUIZ TEIXEIRA DE LIMA**; Que deixou sua motocicleta estacionada do lado de fora da feira do Produtor enquanto foi falar com um amigo, e na volta ao sair com a motocicleta foi atingido por um veículo do qual ele não sabe informar modelo e placa, perdendo o controle da motocicleta vindo a cair; Que a motocicleta caiu por cima da sua perna esquerda; Que o comunicante foi para o HGR pela equipe do Corpo de Bombeiros; Que no HGR realizou exame de raio X; Que os médicos constataram haver **FRATURA DA TIBIA E FÍBULA DA PERNA ESQUERDA**; Que esse registro é para fins de **SEGURO DPVAT**; É o relato.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRANSITO E LESÃO CORPORAL
OBSERVAÇÃO:


JOSE LUIZ TEIXEIRA DE LIMA

Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-denunciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de

20 FEV. 2019

POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA



contravenção do Código Penal Brasileiro."

<i>Givanildo da Silva Vieira</i> AGENTE CARACERÁRIO DE POLICIA CIVIL Givanildo da Silva Vieira Mat. 042000855	•	•
--	---	---

20 FEV. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - RR		Nº 013774720249	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	RNTRC	EXERCÍCIO
01	00975140027		2018
NOME			
JOSE LUIZ TEIXEIRA DE LIMA			
CPF/CNPJ		PLACA	
112.274.192-87		NAR5537	
PLACA ANT/UF		CHASSI	
		9C2KD03308R060944	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTOCICLETA/NAU		BASCULINA	
MARCA/MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/NXR150 BROS ES		2008	2008
CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P/0149CC/	PARTICU	VERMELHA	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
PAGO		1ª *****	
FAIXA I.P.V.A.		2ª *****	
** PAGO COTA ÚNICA **		3ª *****	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
R\$0.7	R\$185.5		14/12/2018
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMÍNIO * BEN. TRIBUTÁRIO			
* PROIB. SAIR			
Boa Vista - RR			
Boa Vista - RR			
DATA			
24/12/2018			
EXPEDICION			

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT			
RR Nº 013774720249		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
www.seguradoralider.com.br			
SAC DPVAT 0800 022 1204			
EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO	
2018		24/12/2018	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	
01	112.274.192-87	NAR5537	
RENAVAM		MARCA / MODELO	
00975140027		HONDA/NXR150 BROS ES	
ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI	
2008	9	9C2KD03308R060944	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
R\$81.29	R\$9.03	R\$90.33	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)	
R\$4.15	R\$0.7	R\$185.5	
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
☒ COTA ÚNICA	☐ PARCELADO	14/12/2018	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ 09.248.608/0001-04		013774720249	
		1448424052	

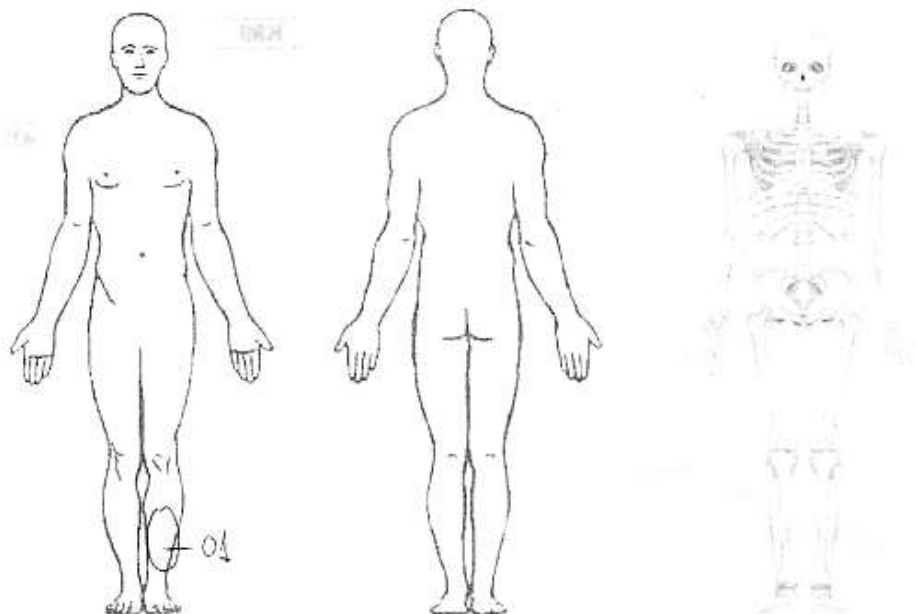
20 FEV. 2019

ESTADO DE RORAIMA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR COMANDO OPERACIONAL RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DE OCORRÊNCIA ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR				Nº DE AVISO: 2861	
				Nº DE VÍTIMAS: 01	
				OCORRÊNCIA: F-17	
				DATA: 11/08/18	
OBM DE ATUAÇÃO		ÁREA DE ATUAÇÃO		VTR	KMI
☒ 1º BPABM ☐ 1º PEL ☐ 2º PEL ☐ 2º BPABM ☐ 1º CIA ☐ 2º CIA ☐ 3º CIA		☒ Leste ☐ Oeste ☐ Centro ☐ Norte ☐ Sul ☐ Rural		UR-02-18	3820
H/SAÍDA		H/NO LOCAL		SAÍDA DO LOCAL	NO DESTINO
19:09		19:12		19:21	19:29
					H/NA OBM OU B-01
					19:43
1. DADOS DA OCORRÊNCIA					
Cód. de ocorrência não especificado:					
ENDEREÇO: RUA RICARDO PROES				Nº: -	BAIRRO: SÃO VICENTE
CIDADE: BOA VISTA				PONTO DE REFERÊNCIA: AO LADO FERRA PAVIMENTADA	
LOCAL DA OCORRÊNCIA: ☐ RESIDÊNCIA ☐ TRABALHO ☒ VIA PÚBLICA ☐ OUTRO:					
2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA					
NOME: JOSE LUIZ TEIXEIRA DE LIMA				RG/CPF: 32146	
D.N.: -	IDADE: 56	SEXO: ☒ Masculino ☐ Feminino	PNS: ☐ Sim ☒ Não		
ENDEREÇO: RUA SANTO ANTONIO				Nº: -	BAIRRO: PRAIA DE AREIA
CIDADE: BOA VISTA				NACIONALIDADE: ☒ Brasileiro ☐ Estrangeiro:	TEL.: 9173-7854
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? ☐ Sim ☐ Não Se sim, qual:					
Deseja informar sua orientação sexual? ☐ Sim ☒ Não			Deseja informar identidade de gênero? ☐ Sim ☒ Não		
Se sim, qual? ☐ Heterossexual ☐ Bissexual ☐ homossexual			Se sim, qual? ☐ Homem transexual ☐ Mulher transexual		
☐ Outro:			☐ Travesti ☐ Outro:		
3. TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO					
☐ Eu, acima identificado e qualificado, declaro para devidos fins que recuso atendimento da equipe de resgate e de ser transportado para avaliação médica.					
☐ O paciente/vítima recusou assinar o termo de recusa de atendimento.					
Assinatura do paciente/vítima:				RG Nº:	
Testemunha:				RG Nº:	
Testemunha:				RG Nº:	
4. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ACIMA DE 5 ANOS)					
Abertura ocular	Resposta verbal	Resposta motora	Total		
☒ 4. Espontânea ☐ 3. À voz ☐ 2. À dor ☐ 1. Nenhuma	☒ 5. Orientado ☐ 4. Confuso ☐ 3. Palavras inapropriadas ☐ 2. Sons incomp./ Gemidos ☐ 1. Nenhuma	☒ 6. Obedece aos comandos verbais ☐ 5. Localiza e tenta remover o estímulo doloroso ☐ 4. Reage a dor ☐ 3. Flexão anormal a dor (decorticação) ☐ 2. Extensão anormal a dor (Descerebração) ☐ 1. Nenhuma	15 Pontos		
5. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ABAIXO DE 5 ANOS)					
Abertura ocular	Resposta verbal	Resposta motora	Total		
☐ 4. Espontânea ☐ 3. À voz ☐ 2. À dor ☐ 1. Nenhuma	☐ 5. Palavras/sorriso/olhar acompanha. ☐ 4. Choro, mas que pode ser confortado. ☐ 3. Irritabilidade persistente. ☐ 2. Agitação. ☐ 1. Nenhuma	☐ 6. Movimenta os 4 membros. ☐ 5. Localiza e retira o estímulo doloroso. ☐ 4. Sente dor, mas não retira. ☐ 3. Flexão a dor (decorticação). ☐ 2. Extensão anormal a dor (Descerebração). ☐ 1. Nenhuma	Pontos		
6. SINAIS VITAIS					
PA:	FR:	FC:	SpO2:	Temperatura:	
7. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA - SUBJETIVA					
ALERGIA: ☐ SIM ☒ NÃO QUAL (is):					
USO DE MEDICAMENTOS: ☐ SIM ☒ NÃO QUAL (is):					
APARENTEMENTE ALCOOLIZADO: ☐ SIM ☒ NÃO					

8. CONSEQUÊNCIAS DO TRAUMA

☐ Óbito evidente ☐ PCR ☐ Vítima encarcerada ☐ Vítima ejetada ☐ Capotamento

9. FERIMENTOS E TRAUMATISMOS:



Legenda:

- 01- Fratura
- 02- Luxação
- 03- Entorse
- 04- Ferimento incisivo
- 05- Ferimento Lacerante
- 06- Ferimento Corto-contuso
- 07- Ferimento perfurante
- 08- Ferimento penetrante
- 09- Amputação
- 10- Avulsão
- 11- Contusão
- 12- Escoriações
- 13- Queimadura



10. HISTÓRICO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VÍTIMA EM DDH, LOTE, NENHUMA DIFICULDADE RESPIRATORIA, EPISÓDIO DE VÔMITO E DESMAIO. RELATANDO DE DOR MIE, REALIZADO A AVALIAÇÃO E CONSTATADO FRATURA EXPOSTA NO MIE (TÍBIA E FÍBULA). REALIZADO IMOBILIZAÇÃO E FRACAMENTO (TÉCNICA ACALAPERA) CONFORME O POP. REMOVIDO AO HOSPITAL SOB CONSTANTE AVALIAÇÃO DOS SINAIS VITAIS.

11. OBJETOS/VALORES ENTREGUES AO RESPONSÁVEL DA UNIDADE DE SAÚDE OU AUTORIDADE POLICIAL

☐ Carteira de identidade ☐ Cartão magnético ____ Und ☐ Capacete ☐ Outros: _____
☐ CNH ☐ Cheque ____ Fls ☐ Calçado _____
☐ CPF ☐ Dinheiro R\$ ____ ☐ Óculos _____
☐ Título de eleitor ☐ Jóias ☐ Relógio _____

Aos cuidados de: _____ RG: _____ Telefone: _____

12. UNIDADE DE SAÚDE

☒ P.S Francisco Elesbão ☐ Hosp. da Criança Santo Antonio ☐ Hosp. das Clínicas
☐ P.A Ailton Rocha ☐ Hosp. Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré ☐ Outros: _____
☐ Pronto atendimento Cosme e Silva ☐ Hosp. Unimed

13. ESTADO DA VÍTIMA ENTREGUE NA UNIDADE DE SAÚDE

☒ Estável ☐ Instável ☐ Crítico

14. EQUIPE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Chefe de equipe:	Socorrista(s):	Condutor da VTR	Resp. pelo preenchimento
ST TAVARES	SD CESAR FILHO SD SEVALHO	ST RUFINO	SD CESAR FILHO

15. DADOS DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA VÍTIMA NA UNIDADE DE SAÚDE

Assinatura: _____
Documento de identidade: _____
Registro de conselho (CRM, COREN): _____

Isolamento de Souza
Médico Intendente
CRA 1502 - RCE 1521

Ato declaratório e não conforme

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - BLOCO D

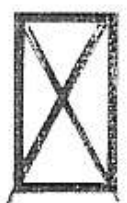
LEITO: 408-3

NOME: Lozé Luiz Teixeira de Lima

DATA DE NASCIMENTO: 08/12/61 DATA INT. HGR: 11/08/18

ESPECIALIDADE: orto DATA INT. SETOR: 13/08/18

KANBAN:



I (1 a 7 dias de internação no setor)



II (8 a 15 dias de internação no setor)



III (acima de 15 dias de internação no setor)



ALERGIA A MEDICAMENTOS?

NÃO

21-08

29-08

20 FEV. 2019

03/09/2018

Guia de Atendimento 02 ...

AMARELO

Notificação
malária
2404
JVC

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

Rosália Gomes da Silva
Aux. Serv. Saúde

06.09.18

1801004164	03/09/2018 17:30:55	FICHA DE ATENDIMENTO	CLINICA MEDICA	DIURNO 07-19	212										
Paciente:	JOSE LUIZ TEIXEIRA DE LIMA	Data Nascimento:	08/12/1961	Idade:	56 A 8 M 26 D	CNS:	801434321280384	CPF:	11227419287	Prontuário:	00063276				
Tipo Doc:	Documento	Orgão Emissor:	SSP/RR	Data Emissão:		Sexo:	M	Estado Civil:	NAO	Raça/Cor:	PARDA	Naturalidade:	BOA VISTA - RR	Nacionalidade:	BRASILEIRA
Mãe:	MARIA TEIXEIRA DE LIMA	Endereço:	RUA - SARGITARIO - 70 - JARDIM PRIMAVERA - BOA VISTA - RR									Contato:	(95) 99145-1350	Ocupação:	NÃO INFORMADA
Class. de Risco:	AMARELO	Plano Convênio:	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE			Nº da Carteira:		Validade:		Autorização:		Sis. Prontuário:			
Motivo de Atendimento:	SPA - PRONTO ATENDIM	Caráter do Atendimento:	URGÊNCIA			Profissional do Atend.		Procedência:		Temp.	36.50	Peso:		Pressão:	130 x 80
Sector:	PRONTO ATENDIMENTO	Tipo de Chegada:	DEMANDA ESPONTANEA			Procedimento Sol.		Registrado por:	FRANCILENE SILVA						
Queixa Principal:	PCT PSIQUIATRIA AGITADO, APRESENTANDO DOR E INCHAÇO EM MID											☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue			

Anamnese de Enfermagem
NEGA HAS, DM E ALERGIA

GSC
AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HISTÓRIA DA CONSULTA) 17:47h

Paciente com relato de febre exposta no dia 28 de agosto, com shrapnel no abdômen, evoluindo com agitação psicomotora, delírio, e confusão mental (Delírio?). Medicação em uso foi otimizada. Uso de antipsicóticos, devido à obstinância do delírio, evoluiu com agitação psicomotora e confusão mental (Delírio?).

Exame Físico: Exame físico do paciente para investigação de obstrução de bexiga. Relato de dor abdominal e urinária. Retorno E: Do paciente; com pontos de referência.

Hipótese Diagnóstica: ITU (?) / Delírio (?)

SADT - Exames Complementares

☒ RAO-X ☐ ULTRA-SOM ☐ TC ☒ SANGUE ☒ URINA ☐ ECO ☐ OUTROS

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
Rozepon 10mg 1m 18:40		
Clapramozina 25mg 1m 18:40		
Proمتاز 25mg 1m N.T.F		
Alta de Clínica Médica		

Conduta

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

☒ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta:

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não

Destino: Família

☐ IML ☐ Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável:

Impresso por: michele.santos
Data Hora: 03/09/2018 17:37:15

105-2

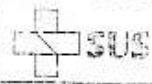
DR. ANDRINI
03 SET 2018

Assinatura do Médico



20 FEV. 2019

4014 05/11/18

	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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

HGR

2 - CNES

4 - CNES

23181659

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

JOSE LUIZ TEIXEIRA DE LIMA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

81014143211280314

8 - DATA DE NASCIMENTO

08/12/61

6 - N° DO PRONTUÁRIO

65276

9 - SEXO

M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

MARIA TEIXEIRA DE LIMA

12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente em situação de emergência por dor abdominal de natureza de cólica torção (a) evoluindo com exacerbação no momento da sintase.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Procedimento cirúrgico

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

HISTÓRIA CLÍNICA, exames físico e Rx.

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Dor abdominal de natureza / exacerbação do quadro de síndrome / etc

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

02/24/18

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAS DA EMPRESA

41 - CDD

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJECTO

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

() CNS

() CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0303090316
M861



ORTOPEDIA

PAIENTE HA +/- 1 semana de dor constante de fratura de tíbia direita a @. EVOLUINDO COM ORSETO. EM SUTURA E EXPOSIÇÃO DO MATERIAL DE SÍNTHESE.

CD: APÓS LIGAMENTO DE UNICOLA MÚLTIPLO. RETORNO A ORTOPEDIA PARA INTERNAÇÃO HOSPITALAR.

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



20 FEV. 2019



PEDIDO DE PARECE

UNIDADE: _____

NOME: Jose Luiz Teixeira de Lima

IDADE: 56 REGISTRO: _____

BLOCO: _____ ENFERMARIA: A LEITO: 105-2

UTI: _____ EMERGÊNCIA: _____

DE: Ortopedia

PARA: Psiquiatria

Dados Clínicos:

Paciente consciente, ^{acompanhado} ~~paciente~~ relata que o mesmo relata ^{acompanhado} com problemas.

Deixou expor o material elástico do TNE, decorrente da inadequação e pt. em uso Diazepam 10-5mg/dia, prometozin 25g 5mg/dia, clorpromazina 25g 5mg/dia.

Solicita avaliação

06/09/18

Data

Dr. Marcos Antônio
Médico Residente
Clínica de Psiquiatria
CRM-RR 1995

Médico

27/09/18 Paciente relata que passou por episódio de crise e passou a ser internado há mais de 30 dias quando passou a ser internado na unidade.

No momento, paciente apresentando, consciente, estado mental

HD: F30

CD: - Tramadol 300mg VO 24/24h

- Diazepam 10mg 2x ao dia

- Em uso de medicação por diazepam 10mg 01 p VO 4
30 em 30 minutos até receber o 4º medicamento

07/10/18

Data

Médico

Dr. Marcos Antônio
Médico Residente
Clínica de Psiquiatria
CRM-RR 1995

20 FEV. 2019



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

PEDIDO DE PARI

UNIDADE:

NOME:

IDADE:

REGISTRO:

BLOCO:

ENFERMARIA:

LEITO:

UTI:

EMERGÊNCIA:

DE:

PARA:

Dados Clínicos:

Resposta da solicitação de Parecer

Data

Médico

Análise e assinatura

Paciente apresentando quadro de Delírium com
alteração de consciência, alteração em nível de consciência, delí-
rio agudo e transtorno de humor. Tratado com tratamento mental de
primeira linha, com melhora de nível mental após melhora de res-
posta da medicação.

13/03/19
Data

Hiderson de Souza
Pronto-Socorro de Roraima

IMSN

Dr. Mário Sérgio L. C. Oliveira
CRM 1446
Diretor Médico

20 FEV. 2019

Examinado por E. V. S. N.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Joni Luiz Ferreira de Lima		105 02		10 / 09 / 2019	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
RM + Limpeza de Abcesso em Tórax (E)		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		10:05	11:20		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:		Dr. Evelynne	
Dr. Rogério / Dr. Edson		RES. ANESTESIA:		Dr. (R) Marcos	
1º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
Dr. (R) Marcos					
2º AUXILIAR		CIRCULANTE			
Dr. (R) Fernando		Zahia e Rogério			
TIPO DE ANESTESIA: Raquia		TEMPO DE DURAÇÃO: 0			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
7	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		170	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
0	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
10	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLNº	
	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 1	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	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 SEDA Nº	
	SERINGA 01ML		7	SURGICEL, Alodina, curtem	
1	SERINGA 03ML		1	CERA P/ OSSO Eucatex p/ osteopatia	
7	SERINGA 05 ML		100ml	KIT CATARATA Nº clonidina	
7	SERINGA 10ML		100ml	GLOBOAM Alcol 70%	
	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA cateter 02	
1	agulha 21 agulha		1	OUTROS: Alifedon	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
			SUB- TOTAL		
FUNÇÃOÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
			TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
			ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		

20 FEV. 2019

Electiva / mutua
ortodoxia

D. Auzias

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Ministério do Estado das Gracabras"

FICHA DE ANESTE

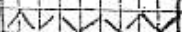
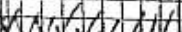
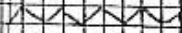
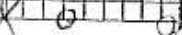
José Luiz Teixeira de Lencastre - Po

PRE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Fertilizing + Micropore ring.

Boe Vult.

7-1091-48

AGS METERS		11	20	10	15	30	45	11	15	30	45	12	15	30	45	15	30	45	15	30	
		02																			
LIQUIDOS VENOSOS		A V P	V S D L	 2-0																	
DA X		°C	240	100 120																	
ULSO O		38	200																		
ANES X		31	180																		
OP O		32	160																		
		30	140																		
			120																		
			100																		
ASPR. A			80																		
RESP O			60																		
			40																		
			20																		
		Exponit																			
		Assist																			
		Control																			

SpO₂ | F_g | ECG | PAN

[illegible]

~~Dra. Evelyne Fernandes~~
Médica CRM/RR 1424
Anestesiologista RQE 181

8) No RPA.

20 FEB. 2019

BOLETHIN OPER

Date: 10/2/15 O.S.

Fori Day Thirteen
Old Sem

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: DM e diabetes tipo 2

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO: Fisioterapia do Dor e pela Têxtil (E) + PMS

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: Deussen

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTHESIA

ANESTESISTAS

ANESTÉSICO

PHOTO:

Five

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRURGICO

I get a lot of Charles.

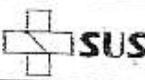
2- *Carpinus* + *Conium* + *Campylo* etc.

3 - Insieme longitudinali in regime Control di TWZ @ + LMC
exhaustor + linea di collima + RMS + controllo radioscopi

4-6 me + lectura - con libro

S. R. P.

20 FEB. 2019

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde	
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - SEXO		10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		12 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
15 - UF		16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A 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 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA			
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO			
28 - DOCUMENTO			
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - ACIDENTE DE TRABALHO			
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO			
35 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO			
36 - CNPJ DA SEGURADORA			
37 - N° DO BILHETE			
38 - SÉRIE			
39 - CNPJ EMPRESA			
40 - CNAE DA EMPRESA			
41 - COTR			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
43 - EMPREGADO			
44 - EMPREENSADOR			
45 - AUTÔNOMO			
46 - DESEMPREGADO			
47 - APOSENTADO			
48 - NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
49 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
50 - CUB. ORGÃO EMISSOR			
51 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
53 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			

20 FEV. 2019

20 FEV. 2019

105.2

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HGR Hospital Geral de Roraima	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOSE LUIZ FUXEIRA DE LIMA.				
DIAGNÓSTICO	EXPOSIÇÃO AO MATERIAL DE SIMULAÇÃO - T12 (E).				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	56	LEITO		DATA	03/09/18
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia				
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				
4	TILATIL 20mg 12/12hs				
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA S/N				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) S/N				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) S/N				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG S/N				
14	CURATIVO DIARIO				
15	Glicose 240mg IV 1X/24h. N/F				(22)
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:					
Ao bloco para programação cirúrgica					

Waldemar de Jesus Souza
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 524.871 TE

Dr. Abhner de Souza
Ortopedista Residente
CRM 13088/RR

Bloco - A



SINAIS VITAIS	PA	FC	T
6 H	152/81	101	-
12 H			
18 H			
24 H	135/80	94	36.5°C

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Ampliação da lesão...
modificação da medicação...
monitorar a evolução...
avaliar a dor...
avaliar a mobilidade...

INTERNAÇÃO 24h
P.A 130x8
FC 71
T 36.4°C

105-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA						
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA						
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE	JOSE LUIZ TEIXEIRA DE LIMA					
AGNÓSTICO	EXPOSIÇÃO DE MATERIAL DE SINTESE DE TNZ E					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO	
IDADE	56	LEITO	105-2	DATA	04/09/2018	
ÍTEM						HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					S/N
2	SF0,9% 500ML S/N EV					S/N
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N					S/N
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS					S/N
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA					S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					S/N
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					S/N
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					S/N
10	CURATIVO DIÁRIO					
11	SSVV + CCGG 6/6 H					Redigir
12	GENTAMICINA 240MG 1X DIA EV					Retirar
13	DIAZEPAM 10MG IM 8/8H					20
14	PROMETAZINA 25MG IM 12/12HR					14
16	CLORPROMAZINA 25MG IM 12/12H					18
EVOLUÇÃO MÉDICA:						
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	MÉDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MARCOS AGUIAR CRM 1995-RR	
6 H	150/90	91	-	35.3		
12 H	120/76	80	20	N.T		
18 H	130/80	93				
24 H	120/90	84	-	-		

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 GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

12h PCT segue sem
INTERCORRENCIA,
NÃO TEM TERMOMETRO

Isaquel Lima Silva
Técnico de Enfermagem
COREN-RR 676.694-TE

20 FEV. 2019

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA						
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA						
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE	JOSE LUIZ TEIXEIRA DE LIMA					
AGNÓSTICO	EXPOSIÇÃO DE MATERIAL DE SINTESE DE TNZ E					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO	
IDADE	56	LEITO	105-2	DATA	05/09/2018	
ITEM						HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					9h
2	SF0,9% 500ML S/N EV					9h
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N					9h
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS					9h
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA					9h
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					9h
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					9h
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					9h
10	CURATIVO DIÁRIO					9h
11	SSVV + CCGG 6/6 H					9h
12	GENTAMICINA 240MG 1X DIA EV					9h
13	DIAZEPAM 10MG IM 8/8H					9h
14	PROMETAZINA 25MG IM 12/12HR					9h
16	CLORPROMAZINA 25MG IM 12/12H					9h
EVOLUÇÃO MÉDICA:						
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MARCOS AGUIAR (CRM/1995-RR)	
6 H						
12 H	142/90	100	-	36.8°C		
18 H	117/74	98		35.6°C		
24 H	110/60	93				

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 GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

10h
Paciente no leito ventilado SSVV
medicado com, sem intercorrências

NA

20 FEV. 2019

105-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	JOSE LUIZ TEIXEIRA DE LIMA				
AGNÓSTICO	EXPOSIÇÃO DE MATERIAL DE SINTESE DE TNZ E				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE	56	LEITO	105-2	DATA	06/09/2018
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S/N
2	SF0,9% 500ML S/N EV				S/N
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				S/N
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				S/N
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				S/N
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S/N
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				S/N
10	CURATIVO DIÁRIO				S/N
11	SSVV + CCGG 6/6 H				S/N
12	GENTAMICINA 240MG 1X DIA EV				S/N
13	DIAZEPAM 10MG IM 8/8H				S/N
14	PROMETAZINA 25MG IM 12/12HR				S/N
16	CLORPROMAZINA 25MG IM 12/12H				S/N
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	120/80	72	20	36,6	MÉDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MARCOS AGUIAR CRM 1995-RR
12 H	142x92	92	20	36,6	
18 H	130x87	104	20	36,6	
24 H	140x90	92	20	36,6	

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 GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

12:00 06/09/2018 - pt no leito, verificada SSVV, sem Queixas, itens OS não aderem
pt Recusa e segue com curativos

Maria de Fátima R. Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 437581-7F

NOTURNO: 19:00, Intubado, paciente, 20:00 e 22:00 OS ITENS 16 E 1.
19:00, Intubado, paciente, 20:00 e 22:00 OS ITENS 16 E 1.
- Paciente em leito, com curativos e pontos, sem Queixas Rd
- Efeitos da medicação, bem como do nível de torque;
- Observação de sinais vitais e de hemodinâmica (FC) e pela ECG;
- Observação de sinais vitais e de hemodinâmica (FC) e pela ECG;

Antonio Juscelino Araújo: Técnico
Técnico de Enfermagem
COREN-RR 328/247

20 FEV. 2019

Coleta de Exames HC
DATA 07/09/18
HORA 04:15
COLETA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOSE LUIZ TEIXEIRA DE LIMA				
AGNÓSTICO	EXPOSIÇÃO DE MATERIAL DE SINTESE DE TNZ E				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE	56	LEITO	105-2	DATA	07/09/2018
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				Sub
2	SF0,9% 500ML S/N EV				S
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				S
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				17-18-19-20-21-22-23-24
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	CURATIVO DIÁRIO				
11	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H				17-18-19-20-21-22-23-24
13	GENTAMICINA 240MG 1X DIA E (06/09)				18-19-20-21-22-23-24
14	PROMETAZINA 25MG IM 12/12HR				18-19-20-21-22-23-24
16	CLORPROMAZINA 25MG IM 12/12H				18-19-20-21-22-23-24
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	MÉDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MARCOS AGUIAR CRM 1995-RR
6 H	111/70	100		36	
12 H	130/80	103	-	35	
18 H	100/80	116	-	36	
24 H	140/90	106	-	36	

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 GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

07/09/18 - Tramadol 300mg 01 cp vo 24/24h ✓
13:00h - Diazepam 10mg 01 cp vo à noite 22'
- Se agitação fazer:
Diazepam 10mg 01 cp vo de 30 em 30 minutos
repetir até 4 vezes ou até recuperação. SN

[Assinatura]
Médico Psiquiatra
CRM-RR 1021 - RCE 538

20 FEV. 2019

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE JOSE LUIZ TEIXEIRA DE LIMA					
AGNÓSTICO EXPOSIÇÃO DE MATERIAL DE SINTESE DE TNZ E					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE	56	LEITO	105-2	DATA	07/09/2018
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				2000
2	SF0,9% 500ML S/N EV				
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	CURATIVO DIÁRIO				M
11	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H				
13	GENTAMICINA 240MG 1X DIA E (06/09)				
14	PROMETAZINA 25MG IM 12/12HR				
16	CLORPROMAZINA 25MG IM 12/12H				
17	- HANOL 5% (60) 1x 0,4				
18	DIAZEPAM 10mg (10) 1x 0,4				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	MÉDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MARCOS AGUIAR CRM 1995-RR
6 H	154x88	102	18	37,2	
12 H	144x72	102		35,4	
18 H	100x70	114		36,6	
24 H	130x76	105	20	37,2	

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 GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

As 18:00h não foi admin. ITENS (14) e (16) porque não foram dispensados pelo Farmácia da Unidade (HGB).

As 23:1h realizado troca de SUP

Francisco Manoel Rodrigues
Técnico de Enfermagem
COREN-RR 151.275-77

20 FEV. 2019

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOSE LUIZ TEIXEIRA DE LIMA				
AGNÓSTICO	EXPOSIÇÃO DE MATERIAL DE SINTESE DE TNZ E				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE	56	LEITO	105-2	DATA	09/09/2018
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SUJ
2	SF0,9% 500ML S/N EV				SUJ
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				SUJ
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				SUJ
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SUJ
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SUJ
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SUJ
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SUJ
10	CURATIVO DIÁRIO				Quatina
11	SSVV + CCGG 6/6 H				Quatina
12	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H				SUJ
13	GENTAMICINA 240MG 1X DIA E (06/09)				SUJ
14	PROMETAZINA 25MG IM 12/12HR				SUJ
16	CLORPROMAZINA 25MG IM 12/12H				SUJ
	TIAMINA 300MG 01 COMP VO 1X DIA				SUJ
	DIAZEPAM 10MG 01 COMP VO NOITE				SUJ
	DIAZEPAM 10MG 01 COMP VO SE AGITAÇÃO ATÉ SEDAÇÃO				SUJ
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	MÉDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MARCOS AGUIAR CRM 1995-RR
6 H	139x87	102	18	37,1	
12 H	120x80	96	-	-	
18 H	110x70	81	-	-	
24 H	146x84	103	22	-	

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 GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML
EV + AVISAR PLANTONISTA

Obs: Administração medicamentosa de acordo com prescrição médica, segue cuidados de enfermagem.

20 FEV. 2019

84.013.408/0001-98
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
ALCOOL E OUTRAS DROGAS - CAPS AD III
Rua Socrates Pinheiro, 130 - Jardim Floresta
CEP: 69.312-095

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Receituário

NOME: Joné Luiz Tereza da Silva

ADICIONAR - TAAR

Paciente em quadro de Delirium
e está atualmente medicado com
Risperidona. Diagrama a seguir
que não está melhorando
Tal fato sugere que o tratamento
no de base ainda não foi resolvido
Necessidade tratar o paciente com
o delirium secundário e adotar
HT. I.V.
Internado

DATA: 09/09/18

Dr. Manoel Sérgio L. C. Oliveira
CRM-RR 1446
DIAGNÓSTICO E CARIMBO

20 FEV. 2019

*no momento não foi colado
pela muito gutado. embaixo*

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	JOSE LUIZ TEIXEIRA DE LIMA				
AGNÓSTICO	EXPOSIÇÃO DE MATERIAL DE SINTESE DE TNZ E				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE	56	LEITO	105-2	DATA	16/09/2018
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S.N.
2	SF0,9% 500ML S/N EV				S.N.
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				S.N.
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				12 18 24 06
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				S.N.
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				S.N.
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				Atenção 22-30
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				S.N.
10	CURATIVO DIÁRIO				2x/dia
11	SSVV + CCGG 6/6 H				2x/dia
12	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H				12 18 24 06
13	GENTAMICINA 240MG 1X DIA E (06/09)				12 18 24 06
14	PROMETAZINA 25MG IM 12/12HR				12 18 24 06
16	CLORPROMAZINA 25MG IM 12/12H				12 18 24 06
	TIAMINA 300MG 01 COMP VO 1X DIA				2x/dia
	DIAZEPAM 10MG 01 COMP VO NOITE				2x/dia
	DIAZEPAM 10MG 01 COMP VO SE AGITAÇÃO ATÉ SEDAÇÃO				S.N.
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	MÉDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MARCOS AGUIAR CRM 1995-RR
6 H					
12 H	84x60	103			
18 H					
22H	104x46	136			

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 GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

Plantão Diário

Tracado AVP com glicose N2 20, segue aos cuidados da enfermagem — **Mislene**

Mislene Araújo de Mesquita
Aux. de Enfermagem
COREN-RR: 532.303

Obs: Paciente recentemente realizou transfusão SCh, para tratamento de Anemia dia 13.09.18. Nos período despertando o mesmo evoluiu com melhora, solicitado médico plantonista por volta das 15:30, porém até o final deste (18:30) o mesmo não comprou para avaliação do mesmo.

Eber Leon Pereira Pires
Enfermeiro
CRM 245.727-RR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA						
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA						
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE	JOSE LUIZ TEIXEIRA DE LIMA					
AGNÓSTICO	EXPOSIÇÃO DE MATERIAL DE SINTESE DE TNZ E					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO	
IDADE	56	LEITO	105-2	DATA	17/09/2018	
ITEM						HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					5 MD
2	SF 0,9% 500ML 8/8H EV					16:00
	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6H SN					5N
5	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA					14:00
6	ONDANSETRONA 4MG EV 8/8H					14:00
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					14:00
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h					14:00
9	ACIDO FOLICO 5MG VO 1X DIA					14:00
10	SULFATO FERROSO 1 CP VO 12/12HR (7 - 19HR)					14:00
11	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H					14:00
12	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 12/12H					14:00
13	PROMETAZINA 25MG VO 12/12HR					14:00
14	CLORPROMAZINA 25MG IM 12/12H					14:00
16	TIAMINA 300MG 01 COMP VO 1X DIA					14:00
	DIAZEPAM 10MG 01 COMP VO NOITE					14:00
	DIAZEPAM 10MG 01 COMP VO SE AGITAÇÃO ATÉ SEDAÇÃO					14:00
	CURATIVO DIÁRIO					14:00
	SSV + CCGG 6/6 H					14:00
	CONCENTRADO DE HEMACIAS 03 BOLSAS EV					14:00
SINAIS VITAIS						
6 H	95x65	114	16			
12 H	PA	FC	FR	TEMP		
18 H	9					
24 H	95x65	114	20	35,5		
12H	40x60	118		36,2		
	105x60	117		36,2		
Dr. Morris Brunner						
Médico Residente						
Ortopedia e Traumatologia						
CRM 14171/R						

Paciente no leito, verbalizando, realizado SSV no vaso de perfusão profundo com CH aos 15h, com resposta óbvia aos estímulos, durante o procedimento. As 13:00 foi levado para realizar uma endoscopia, retornando às 14:35. e aos cuidados de Enfermagem.

Assinado: [Assinatura]

COVEN. 001.050.742

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	JOSE LUIZ TEIXEIRA DE LIMA				
AGNÓSTICO	EXPOSIÇÃO DE MATERIAL DE SINTESE DE TNZ E				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE	56	LEITO	105-2	DATA	24/09/2018
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5:00
2	SF0,9% 500ML 8/8H EV				10:24
	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6H SN				3 SN
5	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				10:24
6	ONDANSETRONA 4MG EV 8/8H				10:24
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				10:24
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				10:24
9	ACIDO FOLICO 5MG VO 1X DIA				10:24
10	SULFATO FERROSO 1 CP VO 12/12HR (7 - 19HR)				10:24
11	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H				10:24
12	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 12/12H				10:24
13	PROMETAZINA 25MG VO 12/12HR				10:24
14	CLORPROMAZINA 25MG IM 12/12H				10:24
16	TIAMINA 300MG 01 COMP VO 1X DIA				10:24
17	DIAZEPAM 10MG 01 COMP VO NOITE				10:24
18	DIAZEPAM 10MG 01 COMP VO SE AGITAÇÃO ATÉ SEDAÇÃO				10:24
	CURATIVO DIÁRIO				10:24
	SSVV + CCGG 6/6 H				10:24
SINAIS VITAIS					
PA	127/74	FC	111	TEMP	36,7°C
12 H	PA	FC	FR	TEMP	
18 H	150x90	104		36,7°C	
24 H	150/90	124		36,7°C	
06h	150/90	124		36,7°C	

1211B pontos em todo
frente, posterior e
+ 55/100 (40/100)

AS 14:00, paciente agitado, com ITM (18) com agitação
em deitado em leito, supino, em agitado, FEQ,
acuta, agitado, medicação com, segue
em observação

105-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	JOSE LUIZ TEIXEIRA DE LIMA				
AGNÓSTICO	EXPOSIÇÃO DE MATERIAL DE SINTESE DE TNZ E				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE	56	LEITO	105-2	DATA	28/09/2018
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5m
2	SF0,9% 500ML EV 12/12H				08:30h
3	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6H SN				22:00h
5	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				14:30h
6	ONDANSETRONA 4MG EV 8/8H				14:30h
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				14:30h
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h <i>comprimento</i>				14:30h
9	ACIDO FOLICO 5MG VO 1X DIA				14:30h
10	SULFATO FERROSO 1 CP VO 12/12HR (7 - 19HR)				14:30h
11	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H				14:30h
12	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 12/12H				14:30h
13	PROMETAZINA 25MG VO 12/12HR				14:30h
14	CLORPROMAZINA 25MG IM 12/12H				14:30h
16	TIAMINA 300MG 01 COMP VO 1X DIA				14:30h
	DIAZEPAM 10MG 01 COMP VO NOITE				14:30h
	DIAZEPAM 10MG 01 COMP VO SE AGITAÇÃO ATÉ SEDAÇÃO				14:30h
	CURATIVO DIÁRIO				14:30h
	SSV + CCGG 6/6 H				14:30h
	RISPERIDONA 2MG 1 COMP A NOITE				14:30h
	HALDOL 5MG MEIA AMPOLA IM SE AGITAÇÃO				14:30h
SINAIS VITAIS					
6 H	PA 140/80	FC 90	FR 35	TEMP	
12 H	PA 151/102	FC 118	-	-	
18 H	151/102	118	-	-	
24 H	130/100	88	-	35°C	

Dr. Marcus Brunner
CRM 13911/R

--

12 hs PA: 161/99 mmHg
FC: 98 bpm

Tarde. Paciente estável, higienizado.
Adm. CP + 8SVV - em observância pelo cigarro

28/09/18 Plantão Noturno: Paciente em repouso na
largo el acompanhante. Administrado os medica-
eas de rotina e aferido SSV. Item "08" não
fui administrado, pois não foi dispensado pela
farmácia. Às 22:00h a medicação administrada item
3

Marcelo C. Azevedo
Médico de Emergência
CRM 13911/R

Gila
Médica de E.C.
CRM 13911/R

105-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE JOSE LUIZ TEIXEIRA DE LIMA					
AGNÓSTICO EXPOSIÇÃO DE MATERIAL DE SINTESE DE TNZ E					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE	56	LEITO	105-2	DATA	02/10/2018
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SFO 0.9% 500ML EV 12/12H				
	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6H SN				
5	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8H SE DOR INTENSA				
6	ONDANSETRONA 4MG EV 8/8H				
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				
9	ACIDO FOLICO 5MG VO 1X DIA				
10	SULFATO FERROSO 1 CP VO 12/12HR (7 - 19HR)				
11	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H				
12	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 12/12H				
13	PROMETAZINA 25MG VO 12/12HR				
14	CLORPROMAZINA 25MG IM 12/12H				
16	TIAMINA 300MG 01 COMP VO 1X DIA				
	DIAZEPAM 10MG 01 COMP VO NOITE				
	DIAZEPAM 10MG 01 COMP VO SE AGITAÇÃO ATÉ SEDAÇÃO				
	CURATIVO DIÁRIO				
	SSVV + CCGG 6/6 H				
	RISPERIDONA 2MG 1 COMP A NOITE				
	HALDOL 5MG MEIA AMPOLA IM SE AGITAÇÃO				

PACIENTE PSIQUIATRA COM EXPOSIÇÃO DE MATERIAL DE SINTESE, APRESENTOU QUADRO DE MELENA E ANEMIA GRAVE. HOJE COM MELHORA CLINICA E LABORATORIAL. SOLICITO EXAMES CONTROLE

SINAIS VITAIS					
6 H	85/55	100	FR	36.5°C	
12 H	131/99	104	FR	36.5°C	
18 H	121/77	72		36.7°C	
24 H	132/111	100			

12h paciente perdeu oVP durante a banho, foi tentado várias vezes, mas sem sucesso pois além de estar com o paciente não cooperava.

Assinatura da Silvia Souza
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 982.941 TE

06:00 por ace do medicamento de horários. SSVV feito se queixas de ag. aos cuidados enf. tec.

18h - Paciente medicado com, Realizado AVP, em mg/L, 22 infusão 500.
Geandria dos Santos Pereira
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 751.380-TEC

305-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE JOSE LUIZ TEIXEIRA DE LIMA					
AGNÓSTICO EXPOSIÇÃO DE MATERIAL DE SINTESE DE TNZ E					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE	56	LEITO	105-2	DATA	05/10/2018
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				7h
2	SF0,9% 500ML EV 12/12H				08h
	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6H SN				08h
5	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8H SE DOR INTENSA				08h
6	ONDANSETRONA 4MG EV 8/8H				08h
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				08h
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				08h
9	ACIDO FOLICO 5MG VO 1X DIA				08h
10	SULFATO FERROSO 1 CP VO 12/12HR (7-19HR)				08h
11	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H				08h
12	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 12/12H				08h
13	PROMETAZINA 25MG VO 12/12HR				08h
14	CLORPROMAZINA 25MG IM 12/12H				08h
16	TIAMINA 300MG 01 COMP VO 1X DIA				08h
	DIAZEPAM 10MG 01 COMP VO NOITE				08h
	DIAZEPAM 10MG 01 COMP VO SE AGITAÇÃO ATÉ SEDAÇÃO				08h
	CURATIVO DIÁRIO				08h
	SSVV + CCGG 6/6 H				08h
	RISPERIDONA 2MG 1 COMP A NOITE				08h
	HALDOL 5MG MEIA AMPOLA IM SE AGITAÇÃO				08h
PACIENTE PSIQUIATRA COM EXPOSIÇÃO DE MATERIAL DE SINTESE, APRESENTOU QUADRO DE MELENA E ANEMIA GRAVE. HOJE COM MELHORA CLINICA E LABORATORIAL. SOLICITO EXAMES CONTROLE					
SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR	TEMP	
12 H	148/104	104		36,7	
18 H	148/104	104		37,3	
24 H	137/76	97	-	37,1	
32h	120/70	100	-	36,0	

05/10/2018, plantão diário. Paciente em repouso e bem-estar. Realizado troca de NVP, febre não em NVP. Harmonizada as medicações OPM. 90g de "2" pois a fórmula não dispensa 90g.

Getôvânia da C. Lima
Técnica de Enfermagem
COREN-298.176

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	JOSE LUIZ TEIXEIRA DE LIMA				
AGNÓSTICO	EXPOSIÇÃO DE MATERIAL DE SINTESE DE TNZ E				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE	56	LEITO	105-2	DATA	08/10/2018
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				2ND
2	SF0.9% 500ML EV 12/12H				22
	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6H SN				SN
5	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				22
6	ONDANSETRONA 4MG EV 8/8H				22
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				22
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				22
9	ACIDO FOLICO 5MG VO 1X DIA				22
10	SULFATO FERROSO 1 CP VO 12/12HR (7 - 19HR)				22
11	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H				22
12	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 12/12H				22
13	PROMETAZINA 25MG VO 12/12HR				22
14	CLORPROMAZINA 25MG IM 12/12H				22
16	TIAMINA 300MG 01 COMP VO 1X DIA				22
	DIAZEPAM 10MG 01 COMP VO NOITE				22
	DIAZEPAM 10MG 01 COMP VO SE AGITAÇÃO ATÉ SEDAÇÃO				SN
	CURATIVO DIÁRIO				SN
	SSVV + CCGG 6/6 H				SN
	RISPERIDONA 2MG 1 COMP A NOITE				SN
	HALDOL 5MG MEIA AMPOLA IM SE AGITAÇÃO				SN
— PACIENTE PSIQUIATRA COM EXPOSIÇÃO DE MATERIAL DE SINTESE, APRESENTOU — QUADRO DE MELENA E ANEMIA GRAVE. HOJE COM MELHORA CLINICA E — LABORATORIAL. SOLICITO EXAMES CONTROLE					
SINAIS VITAIS					
6 H	158x90	100	22	36	
12 H	138x80	100			
18 H	138x80	100			
24 H	17x10	90			

As 12:00h Paciente no Leito, consciente, orientado, verbalizando, Afundado, sangue sem coágulos nos coágulos da enfermeira Rosilene P. Me
 19/05/07 Paciente realizado com
 leite, sem vômitos, não tem
 na farmácia. Rosilene P. Me
 Técnica de Enfermagem
 COREN-RR 252.029-1
 NO

Lucieneide A. Lima
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 856.340 TE

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA						
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA						
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		01/09/2018	DIH	45	DN	19/02/1944
PACIENTE JOSE LUIZ TEIXEIRA DE LIMA						
GNÓSTICO EXPOSIÇÃO DE MATERIAL DE SINTESE DE TNZ E						
ALERGIAS	NEGA	HAS	SIM	DM2	NÃO	
IDADE	56	LEITO	105-2	DATA	16/10/2018	
ITEM						HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					SN
2	SF0,9% 500ML EV 12/12H					22 06
3	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6H SN					SN
4	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8H SE DOR INTENSA					22 06
5	ONDANSETRONA 4MG EV 8/8H					22 06
6	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					22 06
7	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h					22 06
8	ACIDO FOLICO 5MG VO 1X DIA					22 06
9	SULFATO FERROSO 1 CP VO 12/12HR (7 - 19HR)					22 06
10	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H					22 06
11	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 12/12H					22 06
12	PROMETAZINA 25MG VO 12/12HR					22 06
13	CLORPROMAZINA 25MG IM 12/12H					22 06
14	TIAMINA 300MG 01 COMP VO 1X DIA					22 06
15	DIAZEPAM 10MG 01 COMP VO NOITE					22 06
16	DIAZEPAM 10MG 01 COMP VO SE AGITAÇÃO ATÉ SEDAÇÃO					SN
17	CURATIVO DIÁRIO					Curativo
18	SSVV + CCGG 6/6 H					Curativo
19	RISPERIDONA 2MG 1 COMP A NOITE					22 06
20	HALDOL 5MG MEIA AMPOLA IM SE AGITAÇÃO					SN
PACIENTE PSIQUIATRA COM EXPOSIÇÃO DE MATERIAL DE SINTESE, APRESENTOU QUADRO DE MELENA E ANEMIA GRAVE. HOJE COM MELHORA CLINICA E LABORATORIAL.						
SINAIS VITAIS						
6 H						
12 H	137/79	FC 111	FR —	TEMP	37,6°C	
18 H	120/70	100		35,6°C		
24 H						

Notado das 19:00 às 07:00: Família não vem que não fizéssemos nenhum procedimento de enfermagem, incluindo administração das medicações prescritas, até amanhã de manhã, até a visita médica.

Alysson Lins
Médico
CRM-RR 984

21- Ceptopril 50mg
Francisco Junior
Médico
CRM-RR 1800

12h Paciente consciente e orientado, deambulando. Recusa a medicação do item 13 de horário pois segundo ele o médico disse que ia passar no, segue as ordens de enfermagem.

Enfermeiro
COREN-RR 982.941 TÊ

NR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA						
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA						
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO	01/09/2018	DIH	52	DN	19/02/1944	
PACIENTE	JOSE LUIZ TEIXEIRA DE LIMA					
AGNÓSTI	EXPOSIÇÃO DE MATERIAL DE SÍNTESE DE TNZ E					
ALERGIAS	NEGA	HAS	SIM	DM2	NÃO	
IDADE	56	LEITO	105-2	DATA	23/10/2018	
ITEM						HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					SN
2	MANTER ACESSO VENOSO PÉRVIO					
3	CLINDAMICINA 600MG IV 6/6H					12 - 18
4	TRAMAL 100MG + SF 0.9% IV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA					24 - 06
5	DIPIRONA 01 G IV DE 6/6H SN					
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% IV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA					7
7	ONDANSETRONA 4MG IV 8/8HS/N					
8	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 12/12H					SN
9	SULFATO FERROSO 1 CP VO 12/12HR (7 - 19HR)					18 - 19
10	ACIDO FOLICO 5MG VO 1X DIA					14
11	PROMETAZINA 25MG VO 12/12HR					16 - 17
12	TIAMINA 300MG 01 COMP VO 1X DIA					
13	DIAZEPAM 10MG 01 COMP VO NOITE					
14	DIAZEPAM 10MG 01 COMP VO SE AGITAÇÃO ATÉ SEDAÇÃO					SN
15	RISPERIDONA 2MG 1 COMP A NOITE					(10) -
16	HALDOL 5MG 01 AMPOLA IM SE AGITAÇÃO					SN
17	CURATIVO DIÁRIO					Curativo
18	SSVV + CCGG 6/6 H					Rutina
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:

PACIENTE PSIQUIÁTRICO COM EXPOSIÇÃO DE MATERIAL DE SÍNTESE. APRESENTANDO MELHORA DA FO. SEM QUEIXAS E/OU INTERCORRÊNCIAS NO PERÍODO. PCR (19/10) 31
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNÉICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: EXAMES ROTINA
CONDUTA: SUPORTE CLÍNICO

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	130x70	80	35,8
18 H	136x58	95	36,12
24 H	130x70	90	36,5

Dr. ALYSSON LINS
CRM-RR 984

12H - Pct. no leito, sem queixas algéas, medicado CP, aferi
SSVV, segue aos cuidados.
Usa Botão 62 362

Trisete Santos de
Técnico em Enfermagem
COREN-RR 90508-77

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA						
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA						
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO	01/09/2018	DIH	60	DN	19/02/1944	
PACIENTE	JOSE LUIZ TEIXEIRA DE LIMA					
AGNÓSTI	EXPOSIÇÃO DE MATERIAL DE SÍNTESE DE TNZ E					
ALERGIAS	NEGA	HAS	SIM	DM2	NÃO	
IDADE	56	LEITO	105-2	DATA	31/10/2018	
ITEM						HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					5ND
2	MANTER ACESSO VENOSO PÉRVIO					
3	CLINDAMICINA 600MG IV 6/6H					18. 18. 24 06
4	TRAMAL 100MG + SF 0.9% IV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA					7
5	DIPIRONA 01 G IV DE 6/6H SN					5N
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% IV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA					
7	ONDANSETRONA 4MG IV 8/8HS/N					
8	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 12/12H					18. 06
9	SULFATO FERROSO 1 CP VO 12/12HR (7 - 19HR)					18. 07
10	ACIDO FOLICO 5MG VO 1X DIA					14. 14
11	PROMETAZINA 25MG VO 12/12HR					10. 14
12	TIAMINA 300MG 01 COMP VO 1X DIA					14. 14
13	DIAZEPAM 10MG 01 COMP VO NOITE					14. 14
14	DIAZEPAM 10MG 01 COMP VO SE AGITAÇÃO ATÉ SEDAÇÃO					SN
15	RISPERIDONA 2MG 1 COMP A NOITE					20
16	HALDOL 5MG 01 AMPOLA IM SE AGITAÇÃO					SN
17	CURATIVO DIÁRIO					Curativo
18	SSVV + CCGG 6/6 H					Rotina
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:						
PACIENTE PSIQUIATRICO COM EXPOSIÇÃO DE MATERIAL DE SÍNTESE. APRESENTANDO MELHORA DA FO. SEM QUEIXAS E/OU INTERCORRÊNCIAS NO PERÍODO. PCR (19/10) 31 # EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNÉICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITADO : EXAMES ROTINA # CONDUTA : SUPORTE CLINICO						
SINAIS VITAIS						
6 H	PA	FC	FR			
12 H	112/56	106		35.9		
18 H	139/90	90		36.3		
24 H	130/80	82		37.8		
				Dr. ALYSSON LINS CRM-RR 984		

06 130/80 82 37.8
paciente no leito orientado, realizado SSVU, medicações seguem as ordens de enfermeiro
Assinatura: [Assinatura] 02.05.2019

20 FEV. 2019



ESTADO DE RORAIMA

"AMAZONIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR PARA CIRURGIA ORTOPÉDICA PROGRAMADA

99466-5256

O paciente Abner de Souza Gomes Lins dos Santos, de
data de nascimento 21/12/1985 contato: (95)- 99448-1350, com o d
015 de 2002, tendo como indicação o procedimento:
da ESPECIALIDADE ORTOPEDIA, sem data de agendamento no momento até normalização
eletivo, devendo retornar para internação após contato do setor NIR do HGR, contato com
antecedência para realização do procedimento.

Lembramos que a paralização das cirurgias eletivas se dá pela falta de material e não por falta de pr
da área. Portanto assim que normalizar o suprimento de matérias essenciais para a reali
procedimentos, o serviço de ORTOPEDIA irá chamar os pacientes desospitalizados pelo contato
acordo com as prioridades médicas e as previstas em lei.

O paciente deverá comparecer ao ambulatório no dia 23/02/2019 com o
DR. Paulo, para acompanhamento extra hospitalar até normalização da
contato da unidade para realização do procedimento indicado.

O paciente deverá manter a imobilização, se for o caso, conforme recomendação médica e faz
medicação de acordo com a prescrição, e deverá ainda, no momento da internação, portar todos os ex
operatórios solicitados, bem como estar em JEJUM DE OITO (08) HORAS AN
PROCEDIMENTO.

O paciente ou representante legal se compromete em comparecer no NIR do HGR, conforme defini
documento, assumindo inclusive a responsabilidade por eventuais complicações caso não compareça
horário programados para internação, podendo ocasionar atraso na realização do procedimento, sendo
situação alheia à vontade da equipe assistencial e da instituição.

OBS: É de suma importância salientar, que em caso de piora do quadro doloroso e/ou surti
alguma outra queixa mesmo não relacionada ao problema a ser tratado nesta data, com
formigamento/ondulação de temperatura ou cianose (rouxidão) no local afetado, o paciente
retornar IMEDIATAMENTE e em qualquer horário ao Pronto Atendimento Airton Racha
onde será atendido pelo médico plantonista com base em sua classificação de risco, e sendo
irá referenciá-lo à equipe assistencialista da ortopedia.

MÉDICO ORTOPEDISTA

Assinatura e Carimbo

PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Assinatura e CPF:

MÉDICO REGULADOR - NIR

Assinatura e Carimbo

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes - 3308 - Boa Vista - Roraima - Brasil
(0xx95) 2121 0620
E-mail: direcaogeral.hgr@gmail.com

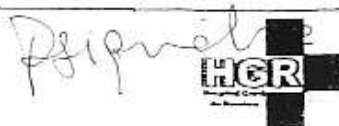
DIREÇÃO GERAL DO HGR

GOVERNO
DO POVO

Cristiano

408 - 3

20 FEV. 2019



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Jose Luiz Perceira De Lima 56 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 11 / 08 / 18, COM
DIAGNÓSTICO DE Fratura exposta ossos da perna (E)

NO DIA 27 / 08 / 18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Osteossíntese de placa tibial (E) SENDO

OPERADO PELO DR. Bruno E DR. Vitor

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 28 / 08 / 18, ÀS 12,00hrs, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 11 / 09 / 18, ÀS 8.00hrs, COM O
DR. Leonardo

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. Rubson

BOA VISTA, 28 / 08 / 18

Dr. Odinachi Okemir
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1851/RN

MÉDICO

20 FEV 2019



, JOSE LUIZ T. DE LIMA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR.JOSE ANDRENS

27/8/2018 19:47:47

58,0 %



20 FEV 2010









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:	Nome completo da vítima:
	112.274.192-87	José Luiz Teixeira de Lima
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF:
José Luiz Teixeira de Lima		112.274.192-87
Profissão:	Endereço:	Número:
Motociclista	Rua: Sagitarus	70
Bairro:	Cidade:	Estado:
Parque Primavera	Bea Vista	RR
E-mail:	CEP:	Complemento:
ILDIRRR@hotmail.com	69.314-252	casa
	Tel.(DDD):	
	(95)99154-4282	

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

RENTA 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: 22059 ☐ 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

(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) ☐ Divorciado ☐ 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: Bea Vista - RR, 18/02/19
	Nome: José Luiz Teixeira de Lima
	CPF: 112.274.192-87
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:	Assinatura
CPF:	
2ª Nome:	Assinatura
CPF:	

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.



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 Alair Inácio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Luiz Teixeira de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.274.192 / 87, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima José Luiz Teixeira de Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.274.192 / 87, 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 Antônio Pinheiro Galvão</u>		Número <u>1839</u>	Complemento
Bairro <u>Buritis</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309-209</u>
Email <u>slairrr@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(95) 98125-9538</u>

Boa Vista-RR de fevereiro de 2019
Local e Data

Assinatura do Declarante

20 FEV. 2019



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, 17 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190162468

Vítima: JOSE LUIZ TEIXEIRA DE LIMA

Data do Acidente: 11/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE LUIZ TEIXEIRA DE LIMA

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\$ 2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **JOSE LUIZ TEIXEIRA DE LIMA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **341**

Agência: **000006953**

Conta: **0000022059-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00451/00452 - carta_15R - INVALIDEZ

00030226



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					

DrCalc / EasyCalc- Cálculos financeiros e judiciais pela web

<http://drcalc.net/correcao2.asp?descricao=&valor=7.087%2C5...>



Cálculo de Atualização Monetária

Dados básicos informados para cálculo

Descrição do cálculo	
Valor Nominal	R\$ 7.087,50
Indexador e metodologia de cálculo	IPCA-E (IBGE) - Calculado pro-rata die.
Período da correção	11/8/2018 a 1/5/2019
Taxa de juros (%)	1 % a.m. compostos
Período dos juros	11/8/2018 a 2/5/2019

Dados calculados

Fator de correção do período	263 dias	1,027172
Percentual correspondente	263 dias	2,717185 %
Valor corrigido para 1/5/2019	(=)	R\$ 7.280,08
Juros(264 dias-9,15109%)	(+)	R\$ 666,21
Sub Total	(=)	R\$ 7.946,29
Valor total	(=)	R\$ 7.946,29

Memória analítica do cálculo

Valor inicial	7.087,50
Data inicial	11/8/2018
Data final	1/5/2019
Periodicidade	Mensal
Metodologia de cálculo	Calculado pro-rata die.

Termo inicial	Termo final	Variação do período	Valor
11/8/2018	1/9/2018	0,0880 (%)	7.093,74
1/9/2018	1/10/2018	0,0900 (%)	7.100,12
1/10/2018	1/11/2018	0,5800 (%)	7.141,31
1/11/2018	1/12/2018	0,1900 (%)	7.154,87
1/12/2018	1/1/2019	-0,1600 (%)	7.143,43
1/1/2019	1/2/2019	0,3000 (%)	7.164,86
1/2/2019	1/3/2019	0,3400 (%)	7.189,22
1/3/2019	1/4/2019	0,5400 (%)	7.228,04
1/4/2019	1/5/2019	0,7200 (%)	7.280,08

Acréscimos de juro, multa e honorários

Juros(264 dias-9,15109%)	(+)	R\$ 666,21
Sub Total	(=)	R\$ 7.946,29
Valor total	(=)	R\$ 7.946,29

Retornar Imprimir