

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DAIR DA ROSA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03783-4

CONTA: 000010010793-1

---

Nr. da Autenticação 323C5AC557298E82

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180286207      **Cidade:** São João da Baliza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DAIR DA ROSA      **Data do acidente:** 17/10/2017      **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA + PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** CONFORME LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE, DR. CARLOS EDUARDO GUERRA, CRM 589 , DATA 24/08/2018.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180286207      **Cidade:** São João da Baliza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DAIR DA ROSA      **Data do acidente:** 17/10/2017      **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA + PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** CONFORME LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE, DR. CARLOS EDUARDO GUERRA, CRM 589 , DATA 24/08/2018.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

**CRM:** 5252099-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

A handwritten signature in blue ink that appears to read "Karla Souza".



*VR Góis*

# GUIA DE ENCAMINHAMENTO - SADT

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"AMAZÔNIA PATERNÓMIO DOS BRASILEIROS"

ANÁLISES CLÍNICAS  RADILOGIA  OUTROS

PRONTUÁRIO N° \_\_\_\_\_

Nome do paciente <i>Adair da Rose</i>	Data de nascimento	Identificação	
Endereço	Cidade	UF	Telefone

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

*Endurecimento de fígado e dor de tórax*

ÁREA OU SEGMENTO A SER EXAMINADO

*- Rx de fígado endurecido.*

EXAMES OU SERVIÇOS SOLICITADOS

*- Análisis com Molde Pernsa*

Assinatura, CRM e CARIMBO DO MÉDICO <i>Dr. Igor Vargas Leitão</i> Médico CRM RR 1848	Data de Emissão <i>17/10/17</i>	Unidade solicitante		
Autorização, quando necessário	Endereço <i>Rorainopolis</i>	Cidade	UF	
Assinatura e Carimbo <i>Dr. Dinaldo Weber Zabolotsky</i> Médico CRM RR 1719-RR	ESTA GUIA TEM VALIDADE POR 30 (TRINTA DIAS) A PARTIR A DATA DE SUA EMISSÃO			

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão Júlio Bezerra, 424 - São Vieira - RR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
UNIDADE MISTA DE SÃO JOÃO DA BALIZA

DATA DO NASCIMENTO: 16/12/53RG: 161721201 UF: RRCPF: 11111111111SUS: 310151039366910656

## GUIA DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

DIA	MÊS	ANO	HORA	NÚMERO DE REGISTRO
17	10	17	16:57	

## 1 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome		<u>Dair da Rosa</u>		Idade	<u>63</u>	Sexo	<u>M</u>
Rua/Avenida		<u>Chácara Nova Esperança (Ribeirão)</u>		Nº		Complemento	
Bairro		Município	<u>3f8</u>	Estado	<u>RR</u>	Telefone	
Filiação	Pai	<u>Nicomedes Rosa</u>					
	Mãe	<u>Natalina Miranda</u>					

## 2IDO ACIDENTE

<input type="checkbox"/> RESIDENCIA	<input type="checkbox"/> VIA PÚBLICA	<input type="checkbox"/> TRABALHO	<input type="checkbox"/> TRANSITO	<input type="checkbox"/> OUTROS
-------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

## 3 DA ENTRADA NA EMERGÊNCIA

<input type="checkbox"/> TRANSPORTADO	<input type="checkbox"/> DE AMBULANCIA	<input type="checkbox"/> REMOVIDO
---------------------------------------	--	-----------------------------------

## 4 TIPO DE ACIDENTE

<input type="checkbox"/> TRAUMÁTICO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURA	<input type="checkbox"/> ENVENENAMENTO	<input type="checkbox"/> CHOQUE ELÉTRICO	<input type="checkbox"/> OUTROS/DESCRIVER
-------------------------------------	-------------------------------------	--	--	---

## 5 SE ACIDENTE DO TRABALHO: ESPECIFICAR

PROFISSÃO

DIA	MES	ANO	HORA	OBSERVAÇÕES
-----	-----	-----	------	-------------

## 6 DOENÇA OCUPACIONAL

<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> QUAL (ESPECIFICAR)
------------------------------	------------------------------	---

## 7 INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

ESPECIALIDADE:

RESUMO CLÍNICO:

Paciente que chega a unidade após sofrer cedura operativa de dor em micturitico.

EXAME FÍSICO:

Tumor de fôlio abatido

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

CONFERE COM O ORIGINAL

84.013.408/0001-98

UNIDADE MISTA DE S. J. DA BALIZA

BR 210 S/N - CENTRO

CEP 69375-000

SÃO JOÃO DA BALIZA - RR

## 8 DESTINO DO PACIENTE

REMÓVIDO PARA:

INTERNADO NO:

DEFINITIVO:

Paulo Henrique Batista

Unidade Mista de São João da Baliza

Data: 21/06/2018

 ALTA RESIDENCIA COM ORIENTAÇÃO SE AFASTADO DO TRABALHO, QUANTOS DIAS? ( )

DATA	RESPONSÁVEL PELA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO
<u>17.10.17</u>	<u>Dr. Igor Vargas Lettão</u> MÉDICO CRM/RR 1849	

21 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S/A

NOTIFICA/

## **RESULTADO DOS EXAMES COMPLEMENTARES**

RADIOLOGIA

~~CONFERE COM O ORIGINAL~~

*Paulo Sérgio Batista*  
Diretor da Faculdade MCTI  
residencialmcti.com.br 10220-0004

84.013.408/0001-98  
UNIDADE MISTA DE S. J. DA BALIZA  
BR 210 S/N - CENTRO  
CEP 69 375-000  
SÃO JOÃO DA BALIZA - R

## **ANAMNESE DO PACIENTE:**

**ANAMNESE DO PACIENTE:**  
paciente de 30 anos, sexo feminino, que no dia 10/05/2010, às 18h30min, se envolveu em um acidente de moto na Rua das Flores, bairro São José, na cidade de São Paulo, SP, com lesões na face e no tronco.

**ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

21 JUN 2018

**GENTE SEGURADORA S/A**  
Av. Capitão Juiz Dantas, 100 - São Vicente - SP

PA: 130 x 80 mmHg.

DEXTRO: \_\_\_\_\_ mg/DL

TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ °C

ALERGIA? Sim ( ) Não (x) Descreva aqui:

PESO: \_\_\_\_\_ kg

Bloco A

**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE**  
**AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO**



1700852783	18/10/2017 02:24:13	<b>FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA</b>				NOTURNO 19-	4
Paciente <b>DAIR DA ROSA</b>		Data Nascimento <b>16/12/1953</b>	Idade <b>63 A 10 M 2 D</b>	CNS <b>700503956690656</b>	CPF <sup>07</sup> <b>35636793987</b>	Prontuário <b>360896</b>	
Tipo Doc Documento <b>IDENTIDAD 167220</b>	Órgão Emisor <b>SSP</b>	Data Emissão <b>04/09/1995</b>	Sexo <b>M</b>	Estado Civil <b>CASADO(A)</b>	Raça/Cor <b>PARDA</b>	Naturalidade <b>MARAU - RS</b>	
Mãe <b>NATALINA MIRANDA</b>			Pai <b>NICANOR ROSA</b>			Contato <b>(95) 99902-7191</b>	
Endereço <b>RUA - MONTEIRO LOBATO, 162 - 259 - CENTRO - SAO JOAO DA BALIZA - RR</b>						Ocupação <b>NÃO INFORMADA</b>	
Class. de Risco	Plano Convênio <b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>	Nº da Carteira			Validade	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento <b>ACIDENTE DE MOTO</b>	Caráter do Atendimento <b>URGÊNCIA</b>	Profissional do Atend.		Procedência	Temp.	Peso	Pressão
Sector <b>GRANDE TRAUMA</b>	Tipo de Chegada <b>SAMU REGIONAL</b>			Procedimento Sol.			Registrado por: <b>ELDALIA.GOMES</b>
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						

Anamnese de Enfermagem	GSC	TOTAL
	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - h) -	
<i>Por que veio ao atendimento Quando ele veio ao ato, às 17:00h Tinha dor de cabeça</i>	
Exame Físico	

Hipótese Diagnóstica	<i>Brun ru, d. h inten pc com</i>
----------------------	-----------------------------------

SADT - Exames Complementares	<input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:
------------------------------	---

PREScrição	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>Abd. protio</i>		<i>Testes a repetição</i>

*Diogo Mendonça Dias  
Século XXI  
CRM-RR 1833*

**ÁREA DE SINISTROS - DRVAT**  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para:	21 JUN 2018	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta:	<i>25 AGO 2018</i>
---------	--	-------------	--	--------------------

Óbito	<input type="checkbox"/> Antes do 1º Atendimento? ( ) Sim ( ) Não	<b>GENTE SEGURADORA S/A</b>	<b>Destino:</b> ( ) Família ( ) Vida-Vale-RR ( ) IML Anatomia Patológica	<i>Óbito não consta no sistema</i>
-------	---	-----------------------------	--	------------------------------------

Assinatura do Paciente ou Responsável	Carimbo e Assinatura do Médico
---------------------------------------	--------------------------------



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

106-3

ALLENTOLO A DIPINOR



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN
PACIENTE	DAIRY DA ROSS			
DIAGNÓSTICO	FANER TIXA			
ALEGIAS				
IDADE	67	HAS LEITO	106-3	DATA 18/06/11
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			S/N
2	SF 0,9% 500ML EV DE 8/8HS			09 R 20
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			05 10 H 20
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H			04
5	TENOXCAM 40MG EV 1X/DIA			04
6	DIPIRONA 1AMP EV 6/6H / m/pen:			
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP/VO DE 8/8h SN			S/N
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			S/N
10	REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 8/8H			04 12
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			S/N
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			S/N
13	CURATIVO DIARIO			Ran
14	SSVV + CCGG 6/6 H			Ran
15				
16	Aze blocos			
17				
18	Solução por cura			
19				
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR			
PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:				

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão Júlio Bezerra, 414 - Boa Vista - RR

Jesus A. Lopez Aguirre  
Médico  
CRM-RR 566

J5 JO + PA 117 X 75  
P.C 90

Amanda Lima G.  
Téc. Enfermagem  
CORENRR 902534

25 APR 2011

HOSPITAL  
Av. Brig. Fábio Góes, 5/11  
Novo Pronto-Sala 2121-0630  
AUTENTICAÇÃO

MÉDICO RESIDENTE EM:  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA

	PP	FC	TAX
6 H	93x67	89	
12 H			
18 H	134x72	80	36,7%
24 H	140x80	71	36,3

06

420x70 69

262



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	PAÍN M NOR		
DIAGNÓSTICO	Fractura Tibia		
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	61	LEITO	106-3 DATA 19/10/16
ITEM	PREScrição		
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	SF 0,9% 500ML EV DE 8/8HS		
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H		
5	TENOXICAM 40MG EV 1X/DIA		
6	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H		
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP, VO DE 8/8h SN		
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
10	REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 8/8H		
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		
13	CURATIVO DIARIO		
14	SSVV + CCGG 6/6 H		
15			
16	AVALIAZ à OTORRINOLARINGOLOGIA		
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: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		
EVOLUÇÃO MÉDICA:			
Pecúnia estavel evolução cirurgica			

Jesús de Lópe Aguiar  
Médico  
CRM-RR 566



	f.A	Fc	TAX	
6 H				
12 H	102x68	88	-	36
18 H	100/66	100		36 C
24 H	110x80	86		

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

12 h PCT 35,8 cm OVAIX no Mamato  
RECUSA TCC. ISTAVIAIS  
BANTO no Leito.



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	JOAIR DA ROCHA		
DIAGNÓSTICO	INTUS 7 DIAZ DI		
ALEGIAS	HAS	DM2	
IDADE	6	LEITO	106-3
ITEM	PREScrição		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		S/N
2	SF 0,9% 500ML EV DE 8/8HS		10/22/06
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		10/22/06
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H		10/22/06
5	TENOXICAM 40MG EV 1X/DIA		S/N
6	(DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H) 1x1 POUJO		SUSP
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN		S/N
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		S/N
10	REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 8/8H		10/22/06
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		S/N
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		S/N
13	CURATIVO DIARIO		
14	SSVV + CCGG 6/6 H		
15	PARACETAMOL 1g 6/6h C/PODE		10/22/06
16			NFE
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: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		
EVOLUÇÃO MÉDICA:			

Peculiar orofaríngea, cianose, constipação

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 JUN 2013

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão Julio Bezerra, 414 - Boa Vista - RR

Jesus A. Lopez Aguirre  
Médico  
CRM-RR 556

Coleta de Exames-HGR

DATA 21/10/07  
04:30

HORA

Hélteria, Juína, Rayander,

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

6 H	108x76	80	36°	
12 H	130x70	90 bpm		
18 H	114/71	88		
24 H	105x67	90	36,2	

12:00 Paciente consciente orientado, queixou surdez no ouvido d, segue  
agradando ligia de otorrino, verificando SSVV. Sem intercorrências, no mo-  
mento Tec. Pediátrico. Colen SS2-039



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



PREScriÇÃO MÉDICA

Dair

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE	Dair pp noxa			
DIAGNÓSTICO	Fibrin fibrila ph			
ALEGIAS	11	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	106-3	DATA	21/10/17
ÍTEM	PREScriÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SN D
2	SF 0,9% 500ML EV DE 8/8HS			14'22'@6
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			14'38'24'@6
4	SE FALTAR ÍTEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H			
5	TENOXICAM 40MG EV 1X/DIA			16'24'@6
6	DIPIRONA 1 AM/ EV 6/6H			16'24'@6
7	TRAMAL 100MG SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN			SN
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			SN
10	REALIZAR RANTIDINA 50MG EV 8/8H			14'26'@6
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SN
12	SIMETICONA 4 GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			SN
13	CURATIVO DIARIO			
14	SSVV + CCGG 6/6 H			
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: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA.			ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
EVOLUÇÃO MÉDICA:				

Paciente estabilizado, o suor de cirurgia

?

Jesús A. López Aguirre  
Médico CRM-RR 566

6 H	110/69	81	
12 H	100x80	356	
18 H	100x80	76	360
24 H			

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

Obs: Ficado acesso venoso as 15:40 gelce 20  
T = 38.5 em Ida



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN
PACIENTE	DAIK DA ROCHA			
DIAGNÓSTICO	Fractura Tibia			
ALEGIAS	HAS		DM2	
IDADE	61	LEITO	106-3	DATA 22/06/12
ÍTEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND	06-00-00	
2	SF0,9% 500ML EV DE 8/8HS	12-18-00	06-00	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H			
5	TENOXICAM 40MG EV 1X/DIA			
6	DIPIRONA 1GMP EV 6/6H			
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN			
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			
10	REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 8/8H			
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			
13	CURATIVO DIARIO			
14	SSVV + CCGG 6/6 H			
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: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
EVOLUÇÃO MÉDICA:				

Parámetro estabilizado em jú

Jesús A. Lopez Aguirre  
Médico  
CRM-RR 565

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 JUN 2010

GENTE SEGURADORA S/A  
Av Capitão José Soárez, 484 - Boa Vista - RR

6 H	PA 110x60	FC 77		36°C
12 H				
18 H	105x60	78		
24 H	110x70	79		

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

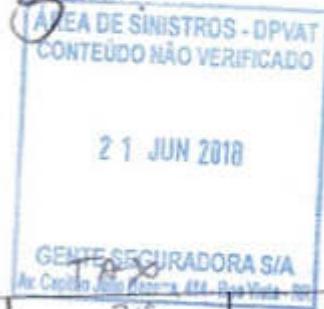


HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
PREScrição MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	Dra. Da Rosa		
DIAGNÓSTICO			
ALERGIAS			
IDADE	HAS	DM2	
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	SF 0,9% 500ML EV DE 8/8HS		14.22.06
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		16.18.06
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H		
5	TENOXCAM 40MG EV 1X/DIA		
6	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H <i>Alérgico</i>		10.18.06
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN		
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		14.22.06
10	REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 8/8H		
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		14.22.06
13	CURATIVO DIARIO		
14	SSVV + CCGG 6/6 H		Rosa
15			
16			
17			
18			
19			
20	<u>SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI <u>E OU</u> GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		
EVOLUÇÃO MÉDICA:			

B86, 107e9  
Cnrgo9



Carlos Henrique La Rosa  
Médico  
RM-RR 463

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

	P.A	FC	T.P.	
6 H	180x60	78	36°	
12 H	120x90	88	36	
18 H	88   62	72	35,5°C	
24 H	800/29	80	36,6	

12h Pct. HIGIENIZADO  
SGM INTEGRACAO RRA CIS'  
TEC. ISAO VIAL



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	<i>Mar Del Ross</i>		
DIAGNÓSTICO			
ALEGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	106-3	DATA 23/10/17
ITEM	PREScriÇÃO		HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	SF 0,9% 500ML EV DE 8/8HS		<i>10:00</i>
3	DEFALOTINA 1G EV 6/6H		<i>12:00</i>
4	SE FALTA ITEM 3 REALIZAR DEFIRAXONA 1G EV 12/12H		<i>12:00</i>
5	TENOXCAM 40MG EV 1X/DIA		<i>12:00</i>
6	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H <i>Informa alergia:</i>		<i>12:00</i>
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN		<i>12:00</i>
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		<i>12:00</i>
10	REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 8/8H		<i>12:00</i>
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		<i>12:00</i>
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		<i>12:00</i>
13	CURATIVO DIARIO		
14	SSVV + CCGG 6/6 H		<i>Ronni</i>
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: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		
EVOLUÇÃO MÉDICA:  <i>086, febre</i>			
<div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; display: inline-block;">           ÁREA DE SINISTROS - DPVAT            CONTEÚDO NÃO VERIFICADO             21 JUN 2018   <small>GENTE SEGURADORA S/A Av. Caxias s/nº - Centro - RR - 66010-000 - Belo Horizonte - MG</small> </div>		 Carlos Enrique La Rose Médico CRM-RR-1462	
6 H	100x62	80	-
12 H			
18 H	100x20	36,6°C	
24 H	-	-	
MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.			

OBS: 14/14 não Administrado etam 10 cm, pois não teve escravo  
na unidade (Bloco A); não administrado Edwardo Almeida Matos PM, por 3 dias  
sem sequela em ...-...-... (Boloma)

Téc. de Enfermagem  
ANNELLA 907.672



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE	DAIK DA ROCHA			
DIAGNÓSTICO	FRACTURA TUBA			
ALEGIAS		HAS	DM2	
IDADE	61	LEITO	106-3	DATA 22/06/12
ITEM	PREScriÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND	12-00-00	NTE
2	SF 0,9% 500ML EV DE 8/8HS	SND	12-00-00	NTE
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	SND	12-00-00	NTE
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H	SND	12-00-00	NTE
5	TENOXICAM 40MG EV 1X/DIA	SND	12-00-00	NTE
6	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H	SND	12-00-00	NTE
7	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN	SND	12-00-00	NTE
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SND	12-00-00	NTE
10	REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 8/8H	SND	12-00-00	NTE
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SND	12-00-00	NTE
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	SND	12-00-00	NTE
13	CURATIVO DIARIO	SND	12-00-00	NTE
14	SSVV + CCGG 6/6 H	SND	12-00-00	NTE
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: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR			
	PLANTONISTA			
EVOLUÇÃO MÉDICA:				

Paciente está evoluindo bem

Jesús A. Lopez Aquitane  
Médico  
CRM-RR 565



PA	PC		
6 H	110x60	77	36°C
12 H			
18 H	105x60	78	
24 H	110x70	79	

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.



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 —

2 - CNES

4 - CNES

— IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE —

— 5 - NOME DO PACIENTE —

*Dear Do Rosi*

— 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) —

— 8 - FÉS DE NASCIMENTO —

— 6 - N° DO PRONTUÁRIO —

— 9 - SEXO —

— 10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL —

— 11 - TELEFONE DE CONTATO —

— 11 - TELEFONE DE CONTATO  
N° DO TELEFONE —

— 12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) —

— 14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO —

— 15 - UF —

— 16 - CEP —

— 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA —

— 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS —

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

*Acidente trânsito com deformação de tibia D*

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

— 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO —

*CIRURGIA*

21 JUN 2018

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

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brás, Edson Queiroz, 270  
CEP 69010-000 - RO 1911-000-0000  
AUTENTICAÇÃO

25 ARR. 2018

— 20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO —

*Rx*

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO E/OU TERCIÁRIO ASSOCIADO  
COP 24 - N° DO REGISTRO DE PROFISSIONAL  
que fez o ato 25 - N° DO REGISTRO DE CONSELHO

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

— 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO —

— 26 - CLÍNICA —

— 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO —

— 28 - DOCUMENTO

— CNS

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

— CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO —

32 - SIGNATURA E CARMIM (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

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

( ) CNS ( ) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

5821

V299

0908050556 → 5821



BOLETIM OPERÁRIO

26/10/12

O.S. \_\_\_\_\_

Dotor Dr. Rosa

NÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

AÇÃO TERAPÉUTICA:

DE INTERVENÇÃO: Osteosculcisão Plano

CAÇÕES E ACIDENTES:

NÓSTICO OPERATÓRIO:

MÉDICO: Dra. C. Engrácia

CIRURGIANO: \_\_\_\_\_

CIRÚLAR: \_\_\_\_\_

ESTÉSISTAS: Dra. Monseu

ESTÉSISTAS: \_\_\_\_\_

FIM: \_\_\_\_\_

1º auxiliar: Dr. Teixeira

INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_

ANESTESIA: \_\_\_\_\_

ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_

DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

25 ABR 2013

HOSPITAL GERAL DE MARACAJU  
Av. Brg. Eduardo Gomes, S/N  
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620

AUTENTICAÇÃO

Este é o original que está no meu arquivo. Copia é da fotocópia original que foi apresentado neste hospital.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 JUN 2013

GENTE SEGURADORA SA  
Av. Capitão Alípio Bezerra, 484 - Bui Vida - RR

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

Fazendo fatoral 18 cm.  
 Dissecado x Plano,  
 Encontrase fa daventiva 1/3 Dux Tobas  
 O  
 Reducao  
 Estabilizado em can glaca L 08 furos  
 + 0.9 Parafusos  
 Procurando x Plano

 Carlos Enrique L. Rosa  
 Médico  
 CRM-RR 463

 Jesus Alves Aguirre  
 Médico  
 CRM-RR 566



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Amaçá é o Patrimônio dos Brasileiros"

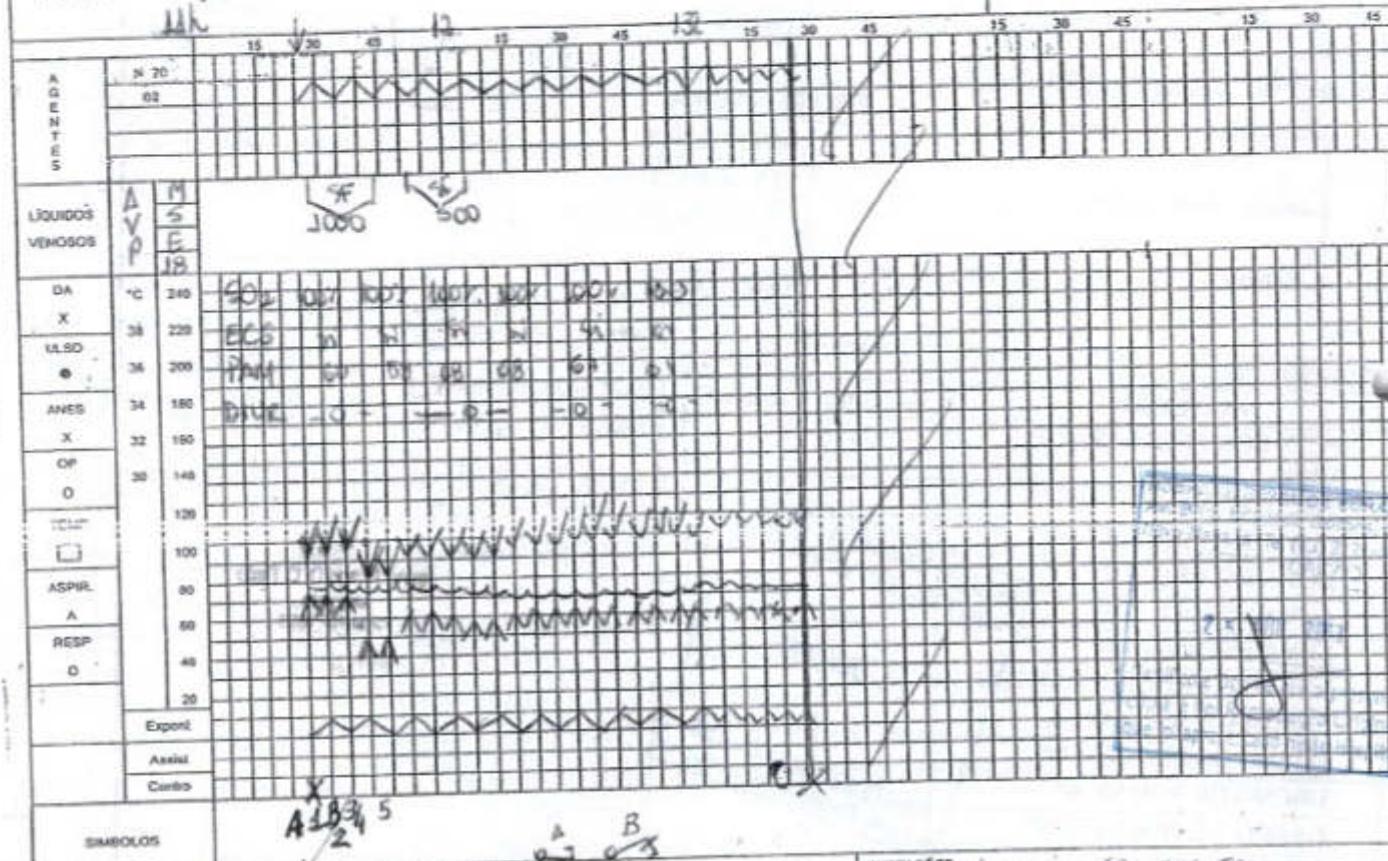
## FICHA DE ANESTESIA

Dair da Rosa, 63a      Ano II

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Mdz: 2mg { solet. 11:20h  
FNT: HOMCg

Nº  
26.10.2017.



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A. Xilazíno 2% 40mg		Ranqueostasia lombar, hiperbaria	x. Monitauria: $\text{SO}_2$ , ECG, FC
B. Bupivacaina 0,5% 8mg		mediana, simples, LS/14, agulha 28G, bexil paracelar à fibra de clínico-máxi, múltiplas tentativas	1. Fentanil 40mcg + midazolam 2mg EV
C. Dexametasona 4mg		Ventilação expontânea e/ou $\text{O}_2$ suplementar via CN	2. Antisseptico tópico eti óleo 70% + Puncos do espaço subaracnóideo + Injeção de bupivacaina 0,5% 8mg
D. Felydrina 50mg		(1: tent. punção dura intensa → intubado)	3. Urotensin 100 $\mu\text{g}$ EV (paciente intubado)
E.			4. Dexametasona 4mg EV      with $\text{L}_2-\text{L}_3$
F.			5. Epinefrina 10mg EV
G.			x SEPA náusea, onicofobia, xm periorbita
GLICOSE 0 LÍQUIDOS 1500 ml		Cirúrgia Naso / Oto / Faringea Naso / Otorrinolaringologia ZL/mm	→
HOD: 0,50%		Bal - Tamp - Calibre do Tubo	
SANGUE 0		Solo Máscara N —	
		Dificuldade Técnica N —	
		TEMPO DE ANESTESIA	
TOTAL 1500 ml + 500 = 2000 ml	11.26 d		
OPERAÇÃO:			Laringo - Espasmo - Excesso Seco - Exsudato Pneumotórax - Monitor - "Bucking" - Vômito
Osteosintese protuno tibie (E) (placa tibial)			Nemorolax - Anestesia Bradicardia - Hipotensão - Clímax
ANESTESIA:	CÓDIGO	CRURIZÃO	PERDA SANGUÍNEA
Dra Marisa, Dra Marília, Dr. Domènec (R1) Dr. Lobo (R2)		Dr. Juss / Dr. Warka La Rose	Corpo
			à SRM

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 JUN 2010

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão Júlio Batista, 414 - Boa Vista - RR

Dra. Marisa Pinto  
Anestesiologista  
CRM/RR - 308

PA 101x65      os fluidos de procedimento  
FC 79  
SPO<sub>2</sub> 98%

## FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

ME DO PACIENTE	IDADE: 63	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Dair da Roma		106-03		26 / 10 / 2017

## CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
Antevertéte de Tibia a (D)	12:05	13:10	

## EQUIPE MÉDICA

MÉDICO Dr. Pedro Henrique	ANESTESISTA: Dr. Mariana
AUXILIAR Dr. Sérgio	RES. ANESTESIA: R. Danielle
AUXILIAR	INSTRUMENTADOR: Jank
	CIRCULANTE: Ricardo e Ondre

PO DE ANESTESIA: Regan

## TEMPO DE DURAÇÃO:

NT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 250ML	
2	PACOTES GAZE		1	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO 500ML	
3	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
4	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL N°	
5	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON N°	
6	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
7	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
8	LÂMINA BISTURIN® 23			FIO CATGUT SIMPLES N°	
9	DRENO DE SUÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
10	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°	
11	DRENO DE PENROSE N°			FIO SEDA N°	
12	SERINGA 01ML		100ml	SKERIGARD Atadura cupom	
13	SERINGA03ML		100ml	EPRA ELOSSE TÓPICO	
14	SERINGA05 ML		100 ml	ROCATARATA Álcool 70%	
15	SERINGA 10ML		10 ml	GEODUSO Escova el. dental	
16	SERINGA20ML		1	ERLA CARRIAGA cateter 02	
17	Aguilha p/ noz		1	OUTROS: fitilados	

ÁREA DE SINISTROS  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 21-JUN-2018  
 DENTRO DA CAIXA MA-BR-NL-001

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
STRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	
Jank	Julene e Bruno	SUB- TOTAL	
ENCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA	
		TAXA DE ANESTESIA -	
		SOMA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

Ricardo e Ondre



SAI - SISTEMATICA

NAME: Dale

CENTRO CIBÍRGICAS  
—SIA DE ENFERMAGEM

ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



**LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA**

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA CONFIRMAÇÃO

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome Djalma de Rosa  
Responável Cirúrgico Dr. Jesus L. Carvalho Henrique

Anestesiá Dr. Manoel

Saída (Sala Pós Operatoria)

**ENTRADA** (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

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

CURADORIA / CONFIRMAÇÃO:  Sim  Não

CRURGIO, ANESTESIOLISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

Identificação do paciente  Sim cirúrgico  Procedimento

RISCO CIRÚRGICO

Aplica  Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

Sim  Não  Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

Revisão da equipe de anestesia: Qualis são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

OXIMENTRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

Revisão da equipe de enfermagem: Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA  Sim, Qual: \_\_\_\_\_

VIA AÉREA DIFÍCIL RISCO DE ASPIRAÇÃO

Não  Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ml

Não  Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

Não se aplica  Sim, Qual: cepolíca Hora: 11:40

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

Sim  Não se aplica

Assinatura J. Renan Júnior

Hora: 12:30

ÁREA DE SINISTROS - OPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
JUN 2018



GOVERNO DE RORAIMA  
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopedia

Tipo Cirurgia:

OSTEOSINTSE FRACT. TIBIA D

Data: 26/10/17

Nº DO PRONTUÁRIO: 56

Paciente: DAUR DA MSA Idade 63A

Bloco: A Enfermaria 106 Leito: 3

Caixa: GMEES FMG. + PLACAS ESPECIAIS Nº 5L  
bloq.

Circulante: DUR DE Sala 04

Conferência Expurgo CME:

Material Utilizado:

PLACA TACO DE GOLF. Bloq. N° 08F=1

PAMFUSO COLTICOL N: 24-1  
SD-1

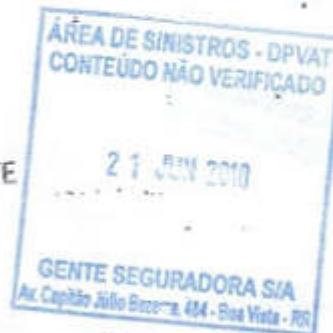
PAMFUSO ESTERILIZADO N: 95-1  
SD-1

80-1

Médico Responsável

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME





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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE		<i>Dr. Da Cunha</i>	
AGNÓSTICO			
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	DATA	<i>26/10/17</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		<i>5h00</i>
2	SF0,9% 500ML EV 24/24h		<i>2</i>
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA		<i>14h00</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA		<i>16h00</i>
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		<i>S/N</i>
7	DIPIRONA 2ML EV DE 6/6H SN		<i>Alergico</i>
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		<i>S/N 4:30</i>
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		<i>5h</i>
10	SSVV + CCGG 6/6 H		<i>Rotina</i>
11	CURATIVO DIÁRIO		<i>Rotina</i>
12	<i>Op. Colorectal 1000 cc 10/10/18</i>		<i>06/00</i>
13			<i>06/00</i>
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
<u>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (S...)</u> CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; $\geq 400$ : <b>10 UI E OU GLICOSE <math>\leq 70</math> DL/ML, GLICOSE <math>\geq 50\%</math> 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b>			



*Carlos Enrique La Rosa*  
Médico  
CRM-RR 463

6 H	<i>110/180</i>	<i>82</i>	
12 H			
18 H	<i>110/180</i>	<i>74</i>	<i>35,9°</i>
24 H	<i>120/190</i>	<i>72</i>	<i>36,9°</i>

Residente de Ortopedia e  
Traumatologia

106-3



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	<i>Victor Da Rosa</i>		
DIAGNÓSTICO			
ALERGIAS		HAS	DM2
IDADE		LEITO	DATA <i>28/7/13</i>
ITEM	PREScrição		
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	SF0,9% 500ML EV 24/24h		
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA		
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA		
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		
7	DIPIRONA 250ML EV DE 6/6H SN		
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
10	SSVV + CC3G 6/6 H		
11	CURATIVO DIÁRIO		
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
<b>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</b>			

*386, Afonso*

*ALTO HOSPITALAR*

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 JUN 2013

GENTE SEGURADORA S/A

Avenida Ceará, 48 - Boa Vista - RR

6 H

12 H

18 H

24 H

Residente de Ortopedia e  
Traumatologia



*Carlos Henrique Da Rosa*  
Médico  
CRM-RR 463



GOVERNO DE RORAIMA  
NÚCLEO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO FÍSICA 05 DE OUTUBRO  
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

RECEITUÁRIO

NOME:

*Ricardo Medeiros*

O pac. Ricardo Medeiros, idoso de 66 anos, de acidente de moto (18/10/2017) em trecho da rodovia PA-113 km 13, proximo a Parauapebas - Pará.  
Det. Hospital Cirurgico de Parauapebas - profissional.

Atingiu o muro lateral consolidado e deslocou-se para dentro da pista, tendo sido atingido por um carro que dirigia de forma imprudente.

DATA: DATA: 24/10/2018  
Assunto: Reabilitação do paciente Ricardo Medeiros (18/10/2017)  
p. Segundo dia de internação no Hospital Cirurgico de Parauapebas - profissional.  
pac. apresentava lesão na articulação do joelho esquerdo com luxação e deslocamento, desmembramento parcial da cartilagem articular e fratura exposta no osso metatarsiano proximal.

DATA: \_\_\_\_\_

*24/10/2018*

ASSINATURA E CARIMBO

*(Assinatura)*

*Carlos Eduardo de G. Guerra  
Ortopedista / Trauma-Acupuntura  
CRM-RN 133*

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Ceará 444 - Bairro Boa Vista - RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE RORAIMA



ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO  
GENRAL  
NOME

167.220

DATA DE  
EXPEDIÇÃO 04.09.1995

FILIAÇÃO

Dair da ROSA

Nicanor Rosa

Natalina Miranda

Maraú-RS

16.12.1953

DOC. ORIGEM Cert. Cas. nº 635 Fls 107 Liv 21

Exp. Cerro Azul - PA

\*\*\* 356 367 939 87

Clodomir Corvalho Britto

Assinatura do Titular da Identificação

LEI N° 7.116 DE 29/06/83



ÁREA DE SINISTROS - OPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 JUN 2010

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - São Vitória - RR



## 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### 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 entre 16 e 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

356.367.939-87

Nome completo da vítima

DAIR DA ROSA

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Endereço Bairro Email	DAIR DA ROSA diacara Cartão Postal Rural Zona Rural <i>(informar digitos se existir)</i>	CPF titular da conta Número Estado Cidade	356.367.939-87 SIN ER Sao Joao de Ballya	Profissão Complemento CEP Telefone (DDD)	apresentado <i>(informar digitos se existir)</i> 69.375.000 98109-3349
--	---	--	---	---	---

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

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR               | <input type="checkbox"/> SEM RENDA                     | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00               | <input checked="" type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> 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)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
<i>(informar digitos se existir)</i>		<i>(informar digitos se existir)</i>	

- CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO.		
<i>Banco do Brasil</i>	001		
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
3783	4	10.793	X
<i>(informar digitos se existir)</i>		<i>(informar digitos se existir)</i>	

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 efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

*Boa Vista, 29 de maio de 2018*

Local e Data

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

*21 JUN 2018*

*Troim*

*Dair da Rosa*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal Boa Vista, 404 - Boa Vista - RR



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão Júlio Bezerra, 414 - Bairro Vila - RR



DADOS DO REGISTRO DA OCORRÊNCIA

BOLETIM Nº 970/2017	DELEGADO: AO DELEGADO TITULAR
DATA: 17/11/2017	ATENDENTE: GERALDO PANTOJA
HORA: 09h02min.	LOCAL; DATA; HORA: PERIMETRAL NORTE, ESQUINA COM SÃO CRISTOVÃO, 17/10/2017, 16H30MIN.

DADOS DO COMUNICANTE

NOME: DAIR DA ROSA RG: 167220/RR CPF: 356.367.939-87 CNH:02252258106 VENC: 14/02/2007  
END: VICINAL 27, KM 1,5 (CHACARA CARTÃO POSTAL)

DADOS DA VITIMA

NOME A COMUNICANTE	RG:	CPF:
END:		
FILIAÇÃO: Nicanor Rosa e Natalina Miranda		
GRAU DE INST:	FUNDAMENTAL INCOMPLETO APELIDO:	
COR/IDADE: 63 ANOS	PROFISSAO: TEC. AGRIMENSURA	
DATA DE NASCIMENTO: 16/02/1953	FONE: (95) 999027191	
NATURALIDADE: MARAU/RS		

DADOS DO ACUSADO

NOME: LAERCIO JUSTINO DE OLIVEIRA	RG:	CPF:
END: VIC 26, KM 06		
FILIAÇÃO:		
GRAU DE INST:	APELIDO: BREJÃO	
COR/IDADE: PARDA:	OCUPAÇÃO:	
DATA DE NASCIMENTO:	FONE: (95) 988019276	
NATURALIDADE:	NACIONALIDADE:	

DADOS DA INFRAÇÃO

CÓD. INFR.	INFRAÇÃO	QUALIFICAÇÃO
1001	TRANSITO	ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA /LESÃO CORPORAL

BREVE RELATO DOS FATOS: o comunicante acima qualificado para nos comunicar que, sofrera um acidente quando vinham na perimetral em direção a São Luiz, em sua motocicleta YAMAHA XTZ 125E AZUL PLACA NAT 2213, quando vinha atrás do caminhão conduzido pelo acusado, quando o comunicante fez uma manobra, em direção a Câmara de Vereadores, quando tentou ultrapassá-lo e que de repente o acusado, também manobrou em direção ao mesmo local, fechando o comunicante, fazendo com que o comunicante, colidisse com a roda dianteira da motocicleta, sofrendo as seguintes lesões: choque na cabeça, sofrendo escoriações no lado direito e com o impacto ficou com problemas de audição, sofreu um corte no dedão do pé esquerdo e escoriações na parte superior do pé; escoriações no cotovelo direito e coxa direita e fratura na canela direita, que o acusado foi o primeiro a prestar socorro, e que o próprio acusado foi o que trouxe auxílio vindo do hospital para fazer o resgate da vítima, que o comunicante ficara internado no Boa Vista após ser transferido do Hospital de Baliza, passando por cerca de 11(onze) dias internado que o comunicante não se lembra se o acusado deu sinal de que iria fazer essa manobra. É o breve relato.

ÁREA DE SINISTROS - OPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 JUN 2018

Maria Lúcia M. de Lima  
Escrivã de Polícia Civil  
Mat. 42000711

COMUNICANTE

ATENDENTE

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

AVISO: 1 - SOLICITAMOS QUE CASO OBTENHA NOVAS INFORMAÇÕES QUE AJUDEM NAS INVESTIGAÇÕES COMPAREÇA A ESTA DELEGACIA;

AVISO: 2 - O comunicante é responsável pelas declarações prestadas, sujeito às penas arts. 339 (Denúncia Caluniosa) e 340 (Comunicação falsa de crime) do CPB.

RESERVADO PARA DESPACHO DA AUTORIDADE POLICIAL

- Fato Atípico (Arquivar);  Intimar comunicante;  Aguardar audiência agendada;  
 OM ao SO, relatório em \_\_\_\_\_ dias - APC \_\_\_\_\_;  Aguardar novos fatos ou representação;  
 Outra(s) providência(s): \_\_\_\_\_.  
 Elabore-se \_\_\_\_\_ art(s). \_\_\_\_\_