

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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Karla Souza



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA AUTÔNOMA DO BRASIL"

GUIA DE ENCAMINHAMENTO - SADT

☐ ANÁLISES CLÍNICAS ☐ RADIOLOGIA ☐ OUTROS

PRONTUÁRIO N°

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOME DO PACIENTE <i>João de Deus</i>		DATA DE NASCIMENTO		IDENTIFICAÇÃO	
ENDEREÇO		CIDADE		UF	TELEFONE
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA <i>Fratura de fêmur direito x TC</i>					
ÁREA OU SEGMENTO A SER EXAMINADO <i>- Rx de fêmur direito</i>					
EXAMES OU SERVIÇOS SOLICITADOS <i>- Avaliação com ORTOPEDISTA</i>					
ASSINATURA, CRM E CARIMBO DO MÉDICO <i>Dr. Igor Veras Leitão</i> Médico CRM-RR 1848		DATA DE EMISSÃO <i>17/10/17</i>		UNIDADE SOLICITANTE	
AUTORIZAÇÃO, QUANDO NECESSÁRIO		ENCAMINHADO PARA <i>RORAIMA POLIS</i>			
ASSINATURA E CARIMBO <i>Dr. Dimas Weber Zabolotsky</i> Médico CRM-RR 1848		ENDEREÇO		CIDADE	UF

ESTA GUIA TEM VALIDADE POR 30 (TRINTA DIAS)
A PARTIR A DATA DE SUA EMISSÃO





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



DATA DO NASCIMENTO: 16/12/53
RG: 1672201 UF: RR
CPF: 11111111111
SUS: 11010310391261910656

GUIA DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

DIA	MÊS	ANO	HORA	NÚMERO DE REGISTRO
27	10	17	16:57	

1 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome: Dair da Rosa			
Rua/Avenida: chácara Nova Esperança (Rita Serra)		Idade: 63	SEXO: M
Bairro: 3º B		Nº: RR	Complemento:
Filiação:	Paí: Brasil	Mãe: Natalina N. Miranda	Telefone:

2 DO 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 ELÉTRIC
<input type="checkbox"/> OUTROS/DESCREVER			

5 SE ACIDENTE DO TRABALHO: ESPECIFICAR			
PROFISSÃO:			
DIA	MÊS	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 chegou a unidade após sofrer queda e fratura de um dos membros.			
EXAME FÍSICO: Exame de fôlego normal			
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:			

RESULTADOS DE OUTRAS UNIDADES (RESULTADO NO VERSO)			
DIAGNÓSTICO PROVÁVEL: Poliomiosite			
DEFINITIVO:			

8 DESTINO DO PACIENTE			
REMOVIDO PARA:			
INTERNADO NO:			
<input type="checkbox"/> ALTA	<input type="checkbox"/> RESIDENCIA COM ORIENTAÇÃO	<input type="checkbox"/> SE AFASTADO DO TRABALHO, QUANTOS DIAS? ()	

DATA: 27.10.17	RESPONSÁVEL PELA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: [Assinatura]	ÁREA DE SINISTROS - BOM CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO: Dr. Igor Vargas Leitão
----------------	--	---	--

21 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S/A

NOTIFICA

CONFERE COM O ORIGINAL

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 - RR

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		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19- 4	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS	
DAIR DA ROSA		16/12/1953		63 A 10 M 2 D		700503956690656	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		CPF	
IDENTIDADE 167220		SSP		Data Emissão		35636793987	
Mãe		Sexo		Estado Civil		Raça/Cor	
NATALINA MIRANDA		M		CASADO(A)		PARDA	
Endereço		Pai		Naturalidade		MARAU - RS	
RUA - MONTEIRO LOBATO, 162 - 259 - CENTRO - SAO JOAO DA BALIZA - RR		NICANOR ROSA		Contato		(95) 99902-7191	
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade	
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Autorização	
Motivo do Atendimento		URGÊNCIA		Procedência		Temp.	
ACIDENTE DE MOTO		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Peso	
Setor		SAMU REGIONAL		Registrado por:		Pressão	
GRANDE TRAUMA				ELDALIA GOMES			
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)		17:00h					
Exame Físico		Trauma no Joelho					
Hipótese Diagnóstica		Brn + U, d. h. 17:00h					
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			
orthopedico Thiago Rondonheiras Dias Médico CRM-RR 1933		Jesus A. Lopes Médico CRM-RR 566					
Condição		21 JUN 2018		25 JUN 2018 25 JUN 2018			
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para:		GENTE SEGURADORA S/A Destino: () Sim () Não		() Ambulatório () Observação (Até 24h) () Internação Data e Hora da Saída/Alta:			
óbito		Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não		IML Anatomia Patológica			

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: eldalia.gomes
Data Hora: 18/10/2017 02:26:13



SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

11 - TELEFONE DE CONTATO

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Sob o cuidado médico e de enfermagem

ÁREA DE SINISTROS - DPV
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 JUN 2018

GENITE SEGURADORA S/A

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brg. Eduardo Góes, 511
Bairro São João, Boa Vista - RR

25 ABR 2018

Cópia e Autenticada Original
que foi apresentada neste Hospital

18 - CONDIÇÕES CLÍNICAS JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO)

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRIMÁRIO 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 TERCIÁRIO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTES EXTERNOS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

36 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAUMÁTICO

38 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

0308010019
5821 1068
V299

A Lencio a Dipirona



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <u>DAIR PA ROSA</u>					
DIAGNÓSTICO <u>Franco T1/2</u>					
ALEPGIAS		HAS		DM2	
IDADE <u>67</u>		LEITO <u>106-3</u>		DATA <u>18/06/11</u>	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	SF0,9% 500ML EV DE 8/8HS				04 R 20
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				04 10 11:20
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H				04
5	TENOXICAM 40MG EV 1X/DIA				04
6	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H / <u>ref. pen.</u>				
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CPVO DE 8/8h SN				SN
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
10	REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 8/8H				04 12
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
13	CURATIVO DIÁRIO				Revi
14	SSVV + CCGG 6/6 H				Revi
15					
16	<u>Apex bloco</u>				
17					
18	<u>solução para curar</u>				
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 João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

Jesus A. Lopez Aguiar
Médico
CRM-RR 566

J5:10 + PA 117 X 75
F.C 90

Tx 76/98

Amanda Lima G.

Téc. Enfermagem

COREN-RR 907534

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Assis Brasil, 1000
Nova Pádua - RR 69200-000
FONE (68) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

25 JUN 2011

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

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

06

120x70 69

76,2



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

HAS

LEITO

DM2

DATA

IDADE

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

SF0,9% 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 DIÁRIO

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:

Paciente estável, aguarda cirurgia

Jesus A. Lopez Aguiar
Médico
CRM-RR 566

ÁREA DE SINISTROS - SPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 JUN 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

	P.A	FC	TAX
6 H			
12 H	102x68	88	36
18 H	100/66	100	36
24 H	110x90	86	35,8

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

12h PCT sem QVAX no MAMATO
RECUSA Bando no leito.



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <u>DAIR DA ROIA</u>					
DIAGNÓSTICO <u>1. NÚCLEO TIPIDIT DI</u>					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE <u>61</u>		LEITO <u>106-3</u>		DATA <u>26/10/11</u>	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	SF0,9% 500ML EV DE 8/8HS				18:30
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				18:30
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H				
5	TENOXICAM 40MG EV 1X/DIA				16
6	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H				SUSP
7	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CPVO DE 8/8h SN				SN
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
10	REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 8/8H				18:30
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
13	CURATIVO DIÁRIO				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				
15	<u>PARACETAMOL 1g 6/6h 1 ciclo</u>				18:30
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:					

Recup. atual, agud. c/irrig.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 JUN 2012

GENE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bazeira, 484 - Boa Vista - RR

Jesus A. Lopes Aguiar
Médico
CRM-RR 556

Coleta de Exames - HGR
DATA 21 / 10 / 11
HORA 04:30

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

6 H	108x76	85	36°C
12 H	130x70	90 bpm	
18 H	114x71	88	
24 H	105x67	90	36,2

12:00 Paciente consciente orientado, queixou surdez no ouvido D, segue Agudando Uglita do Otorrino, verificamos SSVV, sem intercorrência, no momento Toc. Prof. cora 552-039



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE					
DIAGNÓSTICO					
ALEPGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		DATA	
ITEM		PRESCRIÇÃO			
1		DIETA ORAL LIVRE			
2		SF0,9% 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 AMB EV 6/6H			
7		TRAMAL 100MG SF 0,9% EV OU 01 CPVO 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 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			
13		CURATIVO DIÁRIO			
14		SSV + 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 DI/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 JUN 2018

CENTE SEGURADORA S/A
404 - São Paulo - SP

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paciente estável, aguarda cirurgia

Jesus A. Lopez Aguirre
Médico
CRM-RR 566

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

6 H	110/62	81	
12 H	100/80		35%
18 H	100/80	76	36%
24 H			

Obs: Traçado acesso venoso as 15:40 gelco 20"
Ter. Roraima



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 TUBER					
ALERGIAS		HAS	DM2		
IDADE 61		LEITO 106-3	DATA 22/10/12		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF0,9% 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 CPVO 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 DIÁRIO				
14	SSV + 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:

Paciente estável, após cirurgia

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 JUN 2012

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João de Sá, 484 - Boa Vista - RR

Jesús A. López Aguirre
Médico
CRM-RR 566

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

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



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE <i>David da Rosa</i>			
DIAGNÓSTICO			
ALEPGIAS		HAS	DM2
IDADE		LEITO <i>106-3</i>	DATA <i>24/10/17</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO		
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	SF0,9% 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 <i>ALÉRGICO</i>		
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 DIÁRIO		
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:			

BEG, 107EP
Curat

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 JUN 2018

GENE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Batista, 414 - Boa Vista - RR

Carlos Henrique La Rosa
Médico
RM-RR 463

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

6 H	110/60	78	36°C
12 H	120/90	88	36°C
18 H	88/62	72	36,5°C
24 H	80/29	80	36,6°C

12h *PCT Higienizado*
SEM INTERCORREÇÃO
TEC. ISAOVICI



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>Yair Da Rosa</i>					
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO <i>106-3</i>		DATA <i>23/10/17</i>	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF0,9% 500ML EV DE 8/8HS				<i>14:00</i>
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H <i>BUSP</i>				<i>7:50</i>
5	TENOXICAM 40MG EV 1X/DIA				
6	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H <i>informa alergia!</i>				<i>12:00 24:00</i>
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CPVO DE 8/8h SN				
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
10	REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 8/8H				<i>14:00 24:00</i>
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)				<i>7:50</i>
13	CURATIVO DIÁRIO				
14	SSV + CCGG 6/6 H				<i>Round</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>DEG, Afetado</i>					
<div data-bbox="349 1557 708 1915" data-label="Image"></div> <div data-bbox="842 1613 1148 1856" data-label="Text"> <p><i>Carlos Enrique La Rosa</i> Médico CRM-RR 442</p> </div>					
6 H	<i>300 x 62</i>				
12 H					
18 H	<i>100 x 70</i>		<i>36,6°</i>		
24 H					

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

OBS: 14H não Administrado item 10 e 11, pois não tem seringa na unidade (Bloco A); não Administrado item 10 e 11, pois não tem seringa na unidade (Bloco A)

Téc. de Endoscopia
007.672



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



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

DAIR DA ROCHA

DIAGNÓSTICO

FRACTURA TUBER

ALERGIAS

HAS

DM2

IDADE

61

LEITO

106-3

DATA

22/10/12

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

SF0,9% 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 CPVO 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 DIÁRIO

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:

Paciente estável, apneia, eufórico

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 JUN 2012

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João de Deus, 404 - Boa Vista - RR

Jesús A. López Aguirre
Médico
CRM-RR 565

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

6 H

110x60

77

36°C

12 H

110x60

78

18 H

110x60

78

24 H

110x60

79



Door Dr Rosa

BOLETIM OPERATÓRIO

26/10/17

O.S.

HISTÓRICO PRÉ-OPERATÓRIO:

AÇÃO TERAPÊUTICA:

DE INTERVENÇÃO:

COMPLICAÇÕES E ACIDENTES:

HISTÓRICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

AJUDANTE:

AJUDANTE:

ANESTESISTAS:

FIM:

DURAÇÃO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 3121-0620
ALIMENTAÇÃO

25 AGO 2018

Exatidão e Douçura que a presente
cópia e fiel reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Av. Capitão João Baptista, 404 - Boa Vista - RR

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Tacno lateral 18 cm
Dissecção + Plano
Encontrase Fe Omentum 1/3 Drex Tóxico
Redução
Estabilização com placa L 08 Furos
+ 09 Parafusos
Procedimento + Plano

Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 483

Jesus A. Aguiar
Médico
CRM-RR 566



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Brasileira"

FICHA DE ANESTESIA

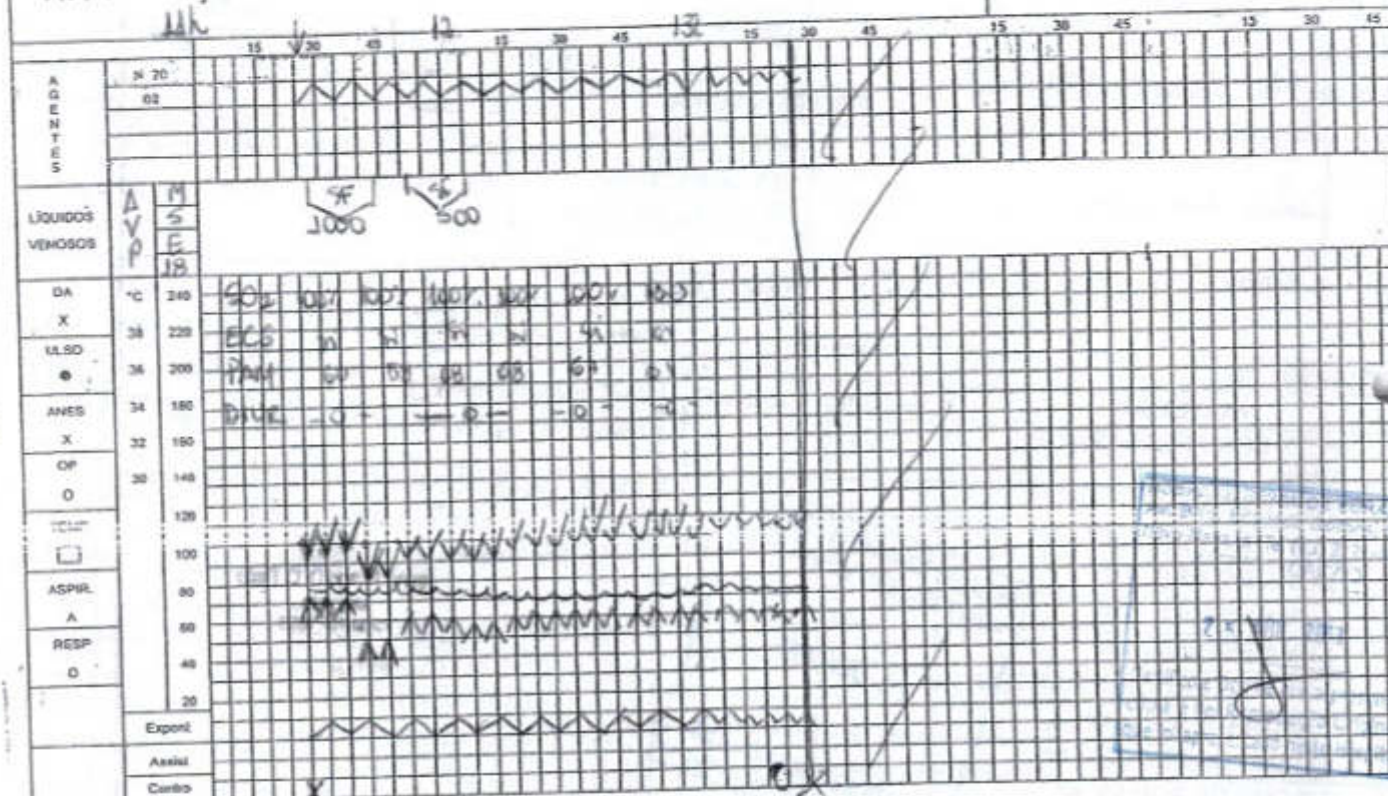
Dair da Rosa, 63a AII

PRE-MEDICAÇÃO - DRUGA - DOSE - HORA - EFEITO

Mde: 2mg / solst. 11:20h
FNT: 40mcg

Nº

26.10.2017.



SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA
A. xilofano 2l 40mg		Rapida anestesia lombas, hiperbaria
B. Bupivacaina 0.5% 8mg		mediana, simples, L5/S1, 0g/10
C. Dexametasona 4mg		30G, local posado a 10cm de
D. Fentanyl 50mcg		duro-mole, multi dos tentativas
E.		Ventilacao espontanea e O2
F.		suplementar via cu
G.		(1:1) tent. para cu sub solst -> sintom
GLUCOSE	líquidos 1500 ml	Cânula - Naso / Oro Faringe
NOCE	400ml	Naso / Oro Faringe - Cega 2L/min
SANGUE		Sol - Temp - Calent do Tubo
		Sol - Moleculas N
		Dificuldade Técnica N

ANOTAÇÕES

- x. Mombuca: SO2, ECG, FC
 - Fentanyl 40mcg + midazolam 2mg EV
 - Antisséptico local e álcool 70%
 - Punção do espaço subaracnóideo + injeção de bupivacaina 0.5% 8mg (paciente sentindo entre L2-L3)
 - Dexametasona 4mg EV
 - Epidura 10mg EV
- x. SRA
nuclo, onctdo, x m guias

TOTAL	1500 ml + 500 = 2000 ml	11.26 cu
OPERAÇÃO	Osteossintese do fêmur tibial (E) (placa tibial)	
ANESTESIA	Dra. Marisa, Dra. Marília, Dr. Domicílio, Dr. Fábio (R2)	Dr. Juss / Dr. Carlos La Rosa

Larango - Espasmo - Excesso Seco	Hemorragia - Antirritico
Excesso de Anestesia - Morte	Bradi Taquicardia - Choque
"Bucking" - Vômito	

Dra. Marisa Pinto
Anestesiologista
CRM/RN - 308

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 JUN 2018

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

PA 101 x 65
FC 79
SPO2 100

ao final do procedimento



FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

OME DO PACIENTE	<i>Idade: 63</i>	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
<i>Dain da Rosa</i>		<i>106-03</i>		<i>26 / 10 / 2017</i>

CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
<i>Intelectual de Roraima (D)</i>	<i>12:05</i>	<i>13:10</i>	

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO	ANESTESISTA:	<i>Dr. Maurício</i>
<i>Dr. Paulo Enrique</i>	RES. ANESTESIA:	<i>R. Daniele</i>
AUXILIAR	INSTRUMENTADOR	
<i>Dr. Jesus</i>		<i>Jank</i>
AUXILIAR	CIRCULANTE	
		<i>Rafael e Osmar</i>

TIPO DE ANESTESIA:	TEMPO DE DURAÇÃO:
<i>Zagui</i>	

QNT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
<i>30</i>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		<i>7</i>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 250ml	
<i>1</i>	PACOTES GAZE		<i>1</i>	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO 500ml	
<i>10</i>	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL®	
<i>1</i>	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON N°	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
<i>10</i>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
<i>1</i>	LÂMINA BISTURIN® 23			FIO CATGUT SIMPLES N°	
	DRENO DE SUÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°	
	DRENO DE PENROSE N°			FIO SEDA N°	
	SERINGA 01ML		<i>1</i>	SURGIDO <i>Algodão curativo</i>	
	SERINGA 03ML		<i>100ml</i>	CEFAZOLINA <i>Topico</i>	
<i>1</i>	SERINGA 05 ML		<i>100ml</i>	CECATARATAS <i>Alcool 70%</i>	
<i>1</i>	SERINGA 10ML		<i>1</i>	CECATARATAS <i>Exatop pl anapara</i>	
<i>7</i>	SERINGA 20ML		<i>1</i>	CECATARATAS <i>cateter de</i>	
<i>7</i>	<i>Agulha p/ noque</i>		<i>1</i>	OUTROS: <i>Elétrico</i>	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	
<i>Jank</i>	<i>Dulene e Bruno</i>	SUB-TOTAL	
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA	
		TAXA DE ANESTESIA	
		SOMA	
	<i>Rafael e Osmar</i>	ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

SESAU



NOME:

DALE DE ROSA

SAL: - SISTEMATIZAÇÃO DA R

...IA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Data: 26/10/12

Idade: 63

Cirurgia: 9-15

Item: glicina (U.T.I.)

Intensidade: (U.T.I.)

Cirurgia Proposta: Feb. Tibia

Informações:

Alérgico: ☒ Alergia a Penicilina

☒ Jato ☒ Intracelular

☒ Sanguineo ☒ Sanguineo

☒ Exame: ☒ Jambico

☒ Outros:

Estado Emocional/ Mental

☒ Choro ☒ Sonolento

☒ Agitado

☒ Outros:

Sinais Vitais:

P: 80 bpm

PA: 97 mmHg

Regular

4. Estado da pele:

TRANSOPERATÓRIO

Entrada na Sala

Início da Cirurgia

Início Anestesia

Término Cirurgia

Saída S.O.

19:15

20:05

21:25

23:10

Cirurgia Realizada

Anestesia

Posição: mento

Localização

20:05

21:25

23:10

24:05

25:05

26:05

27:05

Legenda

1. Eletrodos

2. Oxímetro

3. PVC

4. Placa de Biturli

5. Sonda

6. Cateter

7. Vendicase

8. Dreno

9. SNG

10. Fita de Smarch

11. Outros:

12. Outros:

13. Outros:

14. Outros:

15. Outros:

16. Outros:

17. Outros:

18. Outros:

19. Outros:

20. Outros:

Destino: SRPA

UTI

Outros:

Instrumento elaborado pelos Enfermeiros da COF

NURE - AM/2005 e adaptado pelos Enfermeiros da COF

COFENRR 352.112

Assinatura

Saldas

SNG

Outros

Outros

Outros

Outros

Outros

Outros

Outros

Outros

Outros

Outros

Outros

Outros

ÁREA DE SINISTROS - DPAF

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

1 JUN 2018

GENTESEGURODORA S/A

Av. Capão da Boa Vista, 404 - Foz de Iguaçu - PR

1 JUN 2018

1 JUN 2018

1 JUN 2018

1 JUN 2018

1 JUN 2018

1 JUN 2018

1 JUN 2018

1 JUN 2018

1 JUN 2018

1 JUN 2018

1 JUN 2018

1 JUN 2018

1 JUN 2018

1 JUN 2018

1 JUN 2018

1 JUN 2018

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Dr. de Rosa
Responsável Cirúrgico Dr. Jesus / Carlos Henrique

ENTRADA (Sala Pré-Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

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

RISCO CIRÚRGICO

- ☒ Aplica ☐ Não se Aplica

SÍMPTOMA DEMARCADO

- ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

- ☒ Não ☐ Sim, Qual:

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

- ☒ Não
☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 JUN 2018

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista Dr. Manoel

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente
☐ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

- ☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:
Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

- ☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

- ☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:
Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFILAXIA ANTITROMBÓTICA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

- ☐ Não se aplica
☒ Sim, Qual: esfalação 1g Hora: 22:30

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós-Operatória)

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

- 1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
☒ Sim ☐ Não

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

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

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

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

COREN-RR 348350 - ENT
Assinatura e Carimbo



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopedia

Tipo Cirurgia:

OSTEOSINTESE FRAT. TIBIA (D)

Data: 26/10/17

Nº. DO PRONTUÁRIO:

56

Paciente: DAIR DA MOTA

Idade 63A

Bloco: A Enfermaria: 106 Leito: 3

Caixa: GRANDES FRAG. + PLACAS ESPECIAIS Nº 56

Circulante: DUA DE bloq. Sala 04

Conferência Expurgo CME:

Material Utilizado:

PLACA TACO DE GOLF. Bloq. NEOBF=1

PLAQUETO CORTICAL N: 24-1
50-1

PLAQUETO ESTOMBOSO N: 75-1
50-1
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>Paula Da Costa</i>			
AGNÓSTICO			
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO <i>16-3</i>	DATA	<i>26/10/17</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE	<i>5V0</i>	
2	SF0,9% 500ML EV 24/24h	<i>2</i>	
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA	<i>14</i>	
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA	<i>166</i>	
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	<i>SN</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>SN 14:30</i>	
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	<i>SN</i>	
10	SSVV + CCGG 6/6 H	<i>Rotina</i>	
11	CURATIVO DIÁRIO	<i>Rotina</i>	
12	<i>Capto, Cloxave 1000 e 17/12 8U (15) 06/07/17</i>		
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
<p>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (S...), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>			



Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 463

6 H	<i>110/78</i>	<i>72</i>	
12 H			
18 H	<i>110/78</i>	<i>74</i>	<i>35,9°</i>
24 H	<i>120/90</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

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

HAS

DM2

IDADE

LEITO

DATA

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

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 251L 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 + CCGG 6/6 H

11 CURATIVO DIÁRIO

12

13

14

15

16

17

18

19

20

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

386, Afcmr

ALTO HOSPITALAR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 JUN 2013

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 48 - Boa Vista - RR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Nova Fátima - RR - Tel: (68) 3111-0620
AUTENTICAÇÃO
25 APR 2013
Certifico a autenticidade e a presença
do original e do original
que foi apresentado neste Hospital

Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 463

Residente de Ortopedia e
Traumatologia

6 H

12 H

18 H

24 H



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

RECEITUÁRIO

NOME: _____

Roberto Medeiros

O paciente, *Roberto Medeiros*, vítima de acidente de moto (18/12/2017) em trânsito em via pública, sofreu lesão no membro superior direito (M.S.D.) com fratura do rádio e ulna. Tratado cirurgicamente e pós-operatório satisfatório. Evolução com boa consolidação e sem complicações; local alto depois 3 meses do acidente e quem se deu bem em geral.

Atualmente apresenta boa função do M.S.D. com boa força e resistência. Satisfatório o resultado do tratamento. O paciente apresenta boa evolução e não necessita de mais tratamento. Importante monitorar o paciente.

DATA: ____/____/____

24/10/2018

ASSINATURA E CARIMBO

Av. General Ataíde Teive nº 6459 - Bairro Nova Canaã
CEP. 69314-416 - Boa Vista - Roraima - Brasil
(0xx95) 3625-0794/3627-7196

Carlos Eduardo de G. Guerra
Ortopedia e Trauma - Acupuntura
CRM-RR 528

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 OUT 2018

GENTE SEGURODORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 444 - 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
GERAL 167.220
NOME DAIR DA ROSA

DATA DE
EXPIRAÇÃO 04.09.1995

FILIAÇÃO Nicanor Rosa
Natalina Miranda

Maran-RS

16.12.1953

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

Exp. Cerro Azul-PA
356 367 939 87

Clodomir Corvelho Brito

Ministro de Estado da Justiça

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

NASCIMENTO

16.12.53

INSCRIÇÃO NO CPF

356 367 939 87

CONTRIBUINTE

DAIR DA ROSA

Ministro de Estado da Justiça

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Gomes, 484 - São Vitoz - RR

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 DAIR DA ROSA		CPF titular da conta 356.367.939-87	Profissão apostado
Endereço chacara Cartão Postal Rural		Número SIN	Complemento
Bairro Zona Rural	Cidade São João do Baliza	Estado ER	CEP 69.375.000
Email		Telefone (DDD) (95) 99121-5198 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

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

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

Banco do Brasil

Nº

001

3783

4

10.793

X

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

Boa Vista, 29 de **maio** de 2018

Local e Data

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 JUN 2018

Thomaz

GERENTE SEGURADORA S/A

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SÃO JOÃO DA BALIZA
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



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 fora fazer manobra, em direção a Camara 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 vitima, que o comunicante ficara internado me Boa Vista após ser transferido do Hospital de Baliza, passando por cerca de 11(once) 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 - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 JUN 2018

GENITE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Joffre Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

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

COMUNICANTE

ATENDENTE

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 (Denúnciação 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).

Delegado(a) de Polícia Civil