



Para contato
conosco informe
este número

SEU CÓDIGO

0108915-3

Roraima Energia S.A.

Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1

Regime especial de Imposto de Renda autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº de Nota Fiscal 003319917

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

CONTAS MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	11/08/2019	196	192,41

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO 1832 2 BURITIS

CPF: 00038305151204

CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.04.021718

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual	27732	Atual	25/07/2019
Anterior	27536	Anterior	24/06/2019
Constante de Multiplicação	1,000	Próxima Leitura	25/08/2019
Consumo Medido	196	Emissão	24/07/2019
Consumo Faturado	196	Apresentação	25/07/2019

NORMAL

31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	2206908	N 1519448	1.1.1.2	238

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
JUN/19	158	CONSUMO	196 A R\$ 0,764602 = 149,86
MAI/19	100	ILUMINACAO PUBLICA	42,55
ABR/19	178		
MAR/19	263		
FEV/19	237		
JAN/19	231		
DEZ/18	209		
NOV/18	370		
OUT/18	345		
SET/18	246		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ A 196 - 0,534602

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$
06/2019 164,28

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 09/08/2019, em função das contas reavaliadas desta fatura. O não pagamento poderá ensejar, também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existirem créditos vencidos e já reavaliados no valor de R\$ 212,44 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO B9C4.FD0B.D66A.9E73.38C8.904F.3C4F.C72D

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	30,51	Base de Cálculo:	149,86
Energia:	81,64	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	25,47
Encargos:	4,24	Valor do PIS:	0,00
Tributos:	25,47	Valor do COFINS:	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24 18,49 36,99 8,46 16,92 33,84 4,99
8,80 16,00 1,55

FLORESTA

ROT: 5.001.12.04.021718

05/2019 32,81



Roraima Energia S.A.

Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

0108915-3

TOTAL A PAGAR - R\$

192,41

MÊS FATURADO

07/2019

VENCIMENTO

11/08/2019

Nº de Nota Fiscal:

003319917 FCAM

83680000001 7 92410075000 0 00000000108 1 91530719008 1



18 NOV. 2019

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Iloir Inácio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Ivan Roberto Pacheco Laguna inscrito (a) no CPF sob o Nº 713.191.791 / 50

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Ivan Roberto Pacheco Laguna

inscrito (a) no CPF sob o Nº 713.191.791 / 50, 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>1832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Buritis</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>ILOIRRR@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69.309-209</u>	Tel. (DDD): <u>(95) 98403-5060</u>

Local e Data: _____

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

18 NOV. 2019



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

1ª Classificação
VERDE

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

1901126984 24/06/2019 11:47:55 FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA DIURNO 07-19 118

Paciente: IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA Data Nascimento: 06/07/1989 Idade: 29 A 11 M 18 D CNS: 706704535440716 CPF: 71319179150 Prontuário: 172.956
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor Data Emissão: Sexo: F Estado Civil: NAO RAÇA/COR: PARDA Nacionalidade: VENEZUELA
Mãe: AIDA LAGUNA Contato: (95) 99153-2245 Ocupação:
Endereço: AVENIDA - PRESIDENTE CASTELO BRANCO - 1482 - SAO VICENTE - BOA VISTA - RR

Class. de Risco: VERDE Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal:
Motivo do Atendimento: SPA - PRONTO ATENDIM Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: 36.90 Peso: 120 x 80 Pressão:
Setor: PRONTO ATENDIMENTO Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol.: Registrado por: DANIEL VIANA

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue
PERNA ESQUERDA COM DOR APÓS COLISÃO DA SUA BICICLETA COM VEICULO

Anamnese de Enfermagem: NEGA HAS, DM OU ALERGIA MEDICAMENTOSA GSC: AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MFIV: 1 2 3 4 5 6 TOTAL:

Anamnese - (HORA DA CONSULTA -) h

Exame Físico: Dor no joelho E

Hipótese Diagnóstica: Após: 2 Edema e dificuldade de mobilização - trauma

SADT - Exames Complementares: ☐ RAO - X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO

~~Levofloxacina 400 mg EV~~
~~Dipirona 1 mg EV~~

Condução: ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório ☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h) ☐ Alta a Revelia ☐ Internação ☐ Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta: / /

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

Assinatura do Paciente ou Responsável Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: erika.madelaine
Data Hora: 24/06/2019 11:53:11

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, 3308
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
18 AGO 2019
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel reprodução Original
que foi apresentada ao Hospital

18 NOV. 2019



1901126984

14:00 - Paralela interna na R. na
matas em Tênis.

CD - Encanamento e Intopede

Marcos Shimiti
Médico
CRM-RR 2042

Da Pádua
Sistema de Plântula

18 NOV. 2019

Paulo Cândido de Oliveira Junior
Médico CRM 1908

Pl. A 120-5

20.10.2019 15.2
PA 130x95
FC 83
T 37°C



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIET.		DN	
PACIENTE		Van Roberto Fachele Aguiar			
DIAGNÓSTICO		fratura de platis tibia			
ALERGIAS		negs			
IDADE		HAS		DM2	
LEITO		NEGA		NEGA	
ITEM		DATA		24/06/19	
PRESCRIÇÃO		HORÁRIO			
1	DIETA ORAL LIVRE	SND			
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia	15.20h			
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	10.20h			
4	TILATIL 20mg 12/12hs	tomada, 13.45			
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N	tomada, 13.45			
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	SND			
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SND			
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS	15.20 24 08			
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	SND			
10	SSVV + CCGG 6/6 H	rotina			
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	SND			
14	CURATIVO DIARIO	m			
15	Punção de 14 80 1x ao dia.				15.20
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

18 NOV. 2019

B-A
NIR
Regulado
para leito
120-5
Regulação Interna

SINAIS VITAIS			
6 H	120x80	80	36c
12 H			
16 H			
24 H	120x80 78		

Transf.
PA: 180x130
FC: 85
TAX: 37°C

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Valéria C. S. Silva
Técnica de Enfermagem
CORON/RR 933.705-TEC

A

LATO 25.07.19

BLOCO A



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXERCITANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

172956

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

706704535440716

8 - DATA DE NASCIMENTO

06/7/89

F

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Aísa Laguna

11 - TELEFONE DE CONTATO

9599153224

12 - ENDEREÇO (RUA, N° BARRIO)

A Prusiavanti Castelo Branco 1482 São Jacinto

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BV

14 - CDD. ISOE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

RR

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Sintoma do Glaucoma

18 NOV. 2019

18 - HISTÓRICO DA INTERNAÇÃO

Exame de Glaucoma

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

Exame de Glaucoma

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Glaucoma

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Interno

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Fabio C. Silva

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

24/06/19

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

[Assinatura]

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO RH HYTE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

0308010019

5821 T068

W199

até 24.7

120-5



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	24/06/2019	DN	06/07/1989
PACIENTE IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA					
AGNÓSTICO FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	29	LEITO	120-5	DATA	26/06/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				Amv80
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H				SUSPENSO
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				12x8'20' + 6
5	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				10 22'6
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				79
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				06
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA				
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SSVV + CCGG 6/6 H				2000, 8
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:
 #ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, EM USO DE TALA EM MIE, COM LEVE QUEIXA ÁLGICA.
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE.
 # SOLICITADO: TC DE PLATÔ TIBIAL
 # CONDUTA:
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:

140x90 73 3650


Dr. Elder Soares
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 1828/RR

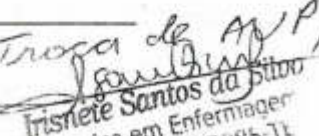
18 NOV. 2019

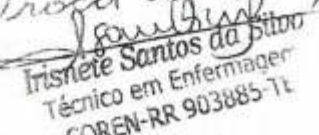
SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	132x89	70		36°C
18 H	130x80	72		34,2°C
24 H	140/90	69	-	36,0

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE
 CRM-RR 1964
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

12h - Pot. no leito, medicado CPM, realizado Troca de AP/P
 J: 22 em MSD, aferido SSVV

18HS - Pot. no leito, MCPM, aferido Sinais vitais. Realizado cuidados Cera


Geandria dos Santos Pereira
 Técnica de Enfermagem
 COREN-RR 751.380-TEC


Irisnete Santos da Silva
 Técnico em Enfermagem
 COREN-RR 903885-TE

1205

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

DATA DE ADMISSÃO: _____ DIH: 24/06/2019 DN: 06/07/1989

PACIENTE: IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA
 AGNÓSTICO: FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

ALERGIAS: _____ HAS: NEGA DM2: _____ NEGA
 IDADE: 29 LEITO: 120-5 DATA: 27/06/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	24
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	24
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H	24
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	24
5	TILATIL 20MG EV DE 12/12H	24
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	24
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	24
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA	24
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	24
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN	24
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	24
12	SSVV + CCGG 6/6 H	24
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, EM USO DE TALA EM MIE, COM LEVE QUEIXA ÁLGICA.
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE.
 # SOLICITADO: TC DE PLATO TIBIAL
 # CONDUÇÃO:
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA
 # PREVISÃO DE ALTA:

18 NOV. 2019

SINAIS VITAIS PH	FC	FR	TEMP
6 H 130x80	68	FR	36,8
12 H 135x84	88		36
18 H 140x86	87		35,4
24 H 120x60	84		36,2

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE
 CRM-RR 1964
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

Plantão noturno realizado
 e acamado LOTE, realizado
 SVV e medicação de horário.

Dr. Pedro Di Giovanni
 Ortopedista/Traumatologista
 CRM-RR 1815 / ROE: 684

1205

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH	24/06/2019	DN	06/07/1989
------------------	--	-----	------------	----	------------

PACIENTE	IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA
----------	-----------------------------

AGNÓSTI	FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO
---------	-----------------------------

ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	29	LEITO	120-5	DATA	28/06/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	SUSPENSO
5	TILATIL 20MG EV DE 12/12H	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
12	SSVV + CCGG 6/6 H	
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, EM USO DE TALA EM MIE, COM LEVE QUEIXA ÁLGICA.
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE.
 # SOLICITADO: TC DE PLATÔ TIBIAL
 # CONDUTA:
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:

18 NOV. 2019

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	13x9	88	-
18 H	13x70	86	-
24 H	120/80	88	-

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE
 CRM-RR 1964
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

 Dr. Elden Soares
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 1824/RR

14:15 Paciente no leito M.E.R. Verificado.
 SSVV. em gaseiros.



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

24/06/2019

DN

06/07/1989

PACIENTE IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA

AGNÓSTICO FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

ALERGIAS

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

29

LEITO

120-5

DATA

30/06/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

ACESSO VENOSO PERIFERICO

3

SF 0,9% 500ML EV 6/6H

4

DIPIRONA 500MG EV 6/6H

5

TILATIL 20MG EV DE 12/12H

6

TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

7

NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4

8

OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA

9

METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N

10

SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN

11

CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

12

SSVV + CCGG 6/6 H

13

14

15

16

17

18

19

20

21

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, EM USO DE TALA EM MIE, COM LEVE QUEIXA ÁLGICA.

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE.

SOLICITADO: TC DE PLATO TIBIAL

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

06/07/2019 P- 74 tax. 36,4 e

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H	163x90	78	—
24 H	140/85	50	36,8

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE

CRM-RR 1964

Residente de Ortopedia e Traumatologia

P/contas diurno, administração de medicação
noturna. segue com cuidados

Dr. Danilo Araújo
CRM 142317-AE

18 NOV. 2019



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

HGR



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO DIH 24/06/2019 DN 06/07/1989

PACIENTE IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA

AGNÓSTICO FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

ALERGIAS HAS NEGA DM2 NEGA
IDADE 29 LEITO 120-5 DATA 29/06/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	manhã
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H	SUSPENSO
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	12 18 24 06
5	TILATIL 20MG EV DE 12/12H	10 22 06
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SU
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	SU
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA	06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SU
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN	SU
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SU
12	SSVV + CCGG 6/6 H	rotina
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, EM USO DE TALA EM MIE, COM LEVE QUEIXA ÁLGICA.

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE.

SOLICITADO: TC DE PLATÔ TIBIAL

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

18 NOV. 2019

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	128,77	81	35,3
18 H			
24 H			

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE

CRM-RR 1964

Residente de Ortopedia e Traumatologia

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

24/06/2019

DN

06/07/1989

PACIENTE IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA

AGNÓSTICO FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

ALERGIAS

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

29

LEITO

120-5

DATA

30/06/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

3

SF 0,9% 500ML EV 6/6H

4

DIPIRONA 500MG EV 6/6H

5

TILATIL 20MG EV DE 12/12H

6

TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

7

NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4

8

OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA

9

METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N

10

SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN

11

CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

12

SSVV + CCGG 6/6 H

13

14

15

16

17

18

19

20

21

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, EM USO DE TALA EM MIE, COM LEVE QUEIXA ÁLGICA.

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE.

SOLICITADO: TC DE PLATO TIBIAL

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE

CRM-RR 1964

Residente de Ortopedia e Traumatologia

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H	163x90	78	—
24 H	140/85	50	36,8

Placenta dentro, administração de medicação
normal. segue com cuidados

Dr. Elder Soares
CRM 1828/RR

18 NOV. 2019



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	24/06/2019	DN	06/07/1989
PACIENTE	IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA			
AGNÓSTICO	FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	29	LEITO	120-5	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			manhã
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H			SUSPENSO
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			21/8/2019
5	TILATIL 20MG EV DE 12/12H			22/8
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			SN
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4			SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA			SN
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			SN
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN			SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SN
12	SSVV + CCGG 6/6 H			Após Dor forte
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, RI ATIVO, CONTACTUANTE,
EM USO DE TALA EM MIE, COM LEVE QUEIXA ÁLGICA.

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AIBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE.

SOLICITADO: TC DE PLATO TIBIAL

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

18 NOV. 2019

Dr. Ilderson P. Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1733 RJE 8/6

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	140 x 70	87	35
18 H			
24 H	143 x 97	90	36,7

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE
CRM-RR 1964

Residente de Ortopedia e Traumatologia

06h 139 x 99 98 36,7
12h: 140 x 70 87 35
medicação c.s.m

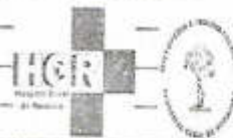
35ml de Soro Camp, el
Fec. Enfermagem
Roraima 3 342

Plantas noturnas por moleto esto calmo Afirido
SSVV + administrado ucpm.

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1733 RJE 8/6



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: 24/06/2019 DIH: 24/06/2019 DN: 06/07/1989

PACIENTE: IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA

AGNÓSTICO: FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

ALERGIAS: HAS NEGA DM2 NEGA

IDADE: 29 LEITO: 120-5 DATA: 20/07/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SIN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	manhã
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H	SUSPENSO
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	18/24/06
5	TILATIL 20MG EV DE 12/12H	20/22
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SIN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	SIN
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA	06
9	MECLOFLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H SIN	SIN
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SIN	SIN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SIN
12	SSVV + CCGG 6/6 H	manhã
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, EM USO DE TALARIM MIE, COM LEVE QUEIXA ÁLGICA.

EXAME FÍSICO: BI G, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE.

SOLICITADO: TC DE PLATÔ TIBIAL

CONDUÇÃO:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

18 NOV. 2019

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	
6 H				
12 H	140/80	98	-	36.5°C
18 H	120/80	85	20	35.8°C
24 H	112/77	84		36°C

06:41 140/84 83 36.2

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE

CRM-RR 1964

Residente de Ortopedia e Traumatologia

Dr. Dalton Feitosa
CRM-RR 1173



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	24/06/2019	DN	06/07/1989
PACIENTE IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA					
AGNÓSTICO FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	29	LEITO	120-5	DATA	03/07/2019
FILM			PRESCRIÇÃO		
DIETA ORAL LIVRE			HORÁRIO		
2	ACI SSO VINO O PERIFERICO			SVD	
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H			manhã	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN			SUSPENSO	
5	SSVV + CODOG 6/6 H			SN	
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			SN	
7	VALBUTEROL 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4			SN	
8	CMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA			SN	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			SN	
10	SALMETEROL 100GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN			SN	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SN	
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE: INTERESSADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, CONTACTUANTE, EM USO DE TALAMEROL, SEM QUEIXA ÁLGICA.
EXAME FÍSICO: BGL, ACARDÍACO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCOLORADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE, EM USO DE TALA IGUAL POLEICA.
SONDAGEM: 31
CONDUTA:
PROGRAMAÇÃO DE CIPURNA:
PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS	FC	FR
12H 135x86	100	35,5
18H 120x80	70	35,8
21H 110x80	86	35,1

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e Traumatologia

Dr. Rogério L. P. Dias
Médico
Ortopedista/Traumatologista
CRM-RR 1964

18 NOV. 2019

12:00 03/07/2019 - pt no leito, ulifificado SSVV, sem Queixas no momento, traçado AUP e Sequelas unilobos.

16:00 - PA: 119x81, FC: 75, T: 36,5, SF: 55,5 com 310/103

120-5



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO _____ DIH 24/06/2019 DN 06/07/1989

PACIENTE IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA

AGNÓSTICO FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

ALERGIAS _____ HAS _____ NEGA _____ DM2 _____ NEGA _____
IDADE 29 LEITO 120-5 DATA 04/07/2019

ITEM _____ PRESCRIÇÃO _____ HORÁRIO _____

1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	manter
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H	SUSPENSO
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	SND
5	SSVV + CCGG 6/6 H	SND
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SND
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	SND
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA	SND
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SND
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN	SND
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SND
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

III ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, EM USO DE TALA EM MIE, SEM QUEIXA ÁLGICA.

II EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE, EM USO DE TALA EQUINO PODÁLICA.

SOLICITADO:

CONDUITA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Rogério L. P. Dias
Médico
Ortopedia e Traumatologista
CRM-RR 12.512-2 / QRE-114

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	
12 H	130/80	93	-	36,2°C
18 H	120/80	82	-	35,8°C
24 H	122/82	93		35,6°C
06h	153/90	87		36,5°C

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE

CRM-RR 1964

Residente de Ortopedia e Traumatologia

18 NOV. 2019



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



120-5

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	24/06/2019	DN	06/07/1989
PACIENTE	IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA				
AGNÓSTICO	FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	29	LEITO	120-5	DATA	05/07/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manter
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H				SUSPENSO
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN				SIN
5	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SIN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				SIN
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA				de
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H SIN				SIN
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN				SIN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SIN
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

SE DIABÉTICO, CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200 250 2UI; 251-300 4UI; 301-350 6UI; 351-400 8UI; ≥ 400 10 UI E OU GLICOSE ≥ 270 DM/L, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, CONTACTUANTE, EM USO DE TALA EM MIE, SEM QUELIXA ALGICA.

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE, EM USO DE TALA IGUINODÁLICA.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

06/14 122x80 93 - 35°C

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	TS
12 H	135/82	98	22	36
18 H				
24 H	107x63	88	-	35°C

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE

CRM RR 1964

Residente de Ortopedia e Traumatologia

18 NOV. 2019

12 H1 por... no...
... 55/... 55...
...
...
... 35°C



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: 24/06/2019 DIH: 24/06/2019 DN: 06/07/1989

PACIENTE: IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA

AGNÓSTICO: FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

ALERGIAS: HAS NEGA DM2 NEGA

IDADE: 29 LEITO: 120-5 DATA: 06/07/2019

ITEM: PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1: DIETA ORAL LIVRE SW

2: ACESSO VENOSO PERIFÉRICO manter

3: SF 0,9% 500ML EV 6/6H SUSPENSO

4: DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN

5: SSVV + CCGG 6/6 H

6: TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA noting

7: NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM SW

8: OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA SW

9: METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N

10: SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN

11: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

12:

13:

14:

15:

16:

17:

18:

19:

20:

21:

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, EM USO DE TALA EM MIE, SEM QUEIXA ÁLGICA.

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE, EM USO DE TALA IGUINO PODÁLICA.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	130x80	87	
18 H	120x80	80	
24 H	120x64	86	-

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE

CRM-RR 1964

Residente de Ortopedia e Traumatologia

18 NOV. 2019

plantão noturno, de 18h às 06h, com o Dr. Augusto Cavalcante, residente de Ortopedia e Traumatologia, no Hospital Geral de Roraima, em atendimento às demandas de urgência e emergência.

Maria Jesus Silva Dúo
Téc. em Enfermagem
COREN - RR 5929.395

Dr. Rogério L. P. Lima
Médico
Ortopedista/Traumatologista
CRM-RR 1964

120-5

de 07/19 Paciente no leito
Sem medicação ofertada SW



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	24/06/2019	DN	06/07/1989
PACIENTE IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA					
AGNÓSTICO FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	29	LEITO	120-5	DATA	07/07/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SW
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				12-18-24
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H				SUSPENSO
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN				SW
5	SSVV + CCGG 6/6 H				SW
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SW
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				SW
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA				SW
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SW
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN				SW
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SW
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#1 ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, EM USO DE TALA EM MIE, SEM QUEIXA ÁLGICA.

#1 EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE, EM USO DE TALA IGUINO PODÁLICA.

SOLICITADO:

CONDUITA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

18 NOV. 2019

Dr. Elden Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	120x72	100	35,8
18 H	108x73	103	36,0
24 H	124x81	93	36,2
06	114x83	83	36,8

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE

CRM-RR 1964

Residente de Ortopedia e Traumatologia

4:00 - PT revelada com membrana e nervos intactos. PT gelada com 300ml

19/11/2019



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

DATA DE ADMISSÃO

DIH

24/06/2019

DN

06/01/1989

PACIENTE IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA

AGNÓSTICO FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

ALERGIAS

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

29

LEITO

120-5

DATA

08/07/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

SN

2

ACESSO VENOSO PERIFERICO

manita

3

SF 0,9% 500ML EV 6/6H

SUSPENSO

4

DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN

SN

5

SSVV + CCGG 6/6 H

SN

6

TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

SN

7

NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4

SN

8

OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA

SN

9

METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N

SN

10

SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN

SN

11

CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

SN

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE,
EM USO DE TALA EM MIE, SEM QUEIXA ÁLGICA.

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE, EM USO DE TALA
IGUINO PODÁLICA.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

18 NOV. 2019

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	
12 H	125x71	90	17	35,9°C
18 H	110x77	87	-	-
24 H	114x72	92	-	36,8°C

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE

CRM-RR 1964

Residente de Ortopedia e Traumatologia

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 565

06h 130/74 93 36,8°C
12:00h. Afundado SSVU. Celso

120-5

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

DATA DE ADMISSÃO	DIH	24/06/2018	DATA	24/06/2018
PACIENTE IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA				
DIAGNÓSTICO FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO				
ALERGIAS	IP-S	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	29	SEXO	DATA	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LÍQUIDA			
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			SN
3	SF 0,9% 500ML EV 8/8h			chante
4	DIPIRONA 500MG EV 8/8h			SUSPENSO
5	SSVV + CCGO 600h			SN
6	TRANAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8h SE DOR INTENSA			Prátina
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM			SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1X DIA			06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8h SN			SN
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8h SN			
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME 1 SQUEMA: 700
250: 2UI; 251-350: 4UI; 351-450: 6UI; 451-550: 8UI; ≥551: 10 UI E OU GLICOSE < 70 D/LM
GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LITO, ATIVO, RELATIVO, CONTACTUANTE,
EM USO DE TALA EM MIE SEM QUEIXA ALGICA

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, APLÉTICO, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE, EM USO DE TALA
IGUINO PODÁLICA.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	Tem
12 H				
18 H				
24 H	120x70	94	20	35,6°C
06h	120x70	95	20	36°C

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE

CRM-RN 1964

Residente de Ortopedia e Traumatologia

18 NOV. 2019

120-5



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

DATA DE ADMISSÃO		DIH	24/06/2019	DN	06/01/1989
PACIENTE IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA					
AGNÓSTICO FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	29	LEITO	120-5	DATA	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				maria
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H				SUSPENSO
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN				SN
5	SSVV + CCGG 6/6 H				3h / Realiza
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ILM				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA				06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN				SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:
 # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, CONTACTUANTE, EM USO DE TALA EM MIE, SEM QUEIXA ÁLGICA.
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NÓRMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE, EM USO DE TALA IGUINO PODÁLICA.
 # SOLICITADO:
 # CONDUTA:
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Rogério L. P. Elias
 ORTOPEDISTA

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	110x70		86
18 H			
24 H			

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE
 CRM-RR 1964
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

Afrido SSVU CPM
 Lidiane Oliveira de Sousa
 COREN-RR 726.138

18 NOV. 2019



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	24/06/2019	DN	06/07/1989
PACIENTE	IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA			
AGNÓSTICO	FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	29	LEITO	120-5	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			SN
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H			SUSPENSO
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN			SN
5	SSVV + CCGG 6/6 H			NOTA
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4			-
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA			DE
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			SN
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN			SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SN
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, CONTACTUANTE, EM USO DE TALA EM MIE, SEM QUEIXA ALGICA.

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANOTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE, EM USO DE TALA IGUINO PODÁLICA.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

06 h
PA = 108 x 80
FC = 62
T = 36.4

Dr. Dalsen Pereira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1176

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	124 x 84	80	-
18 H	130 x 62	97	-
24 H	104 x 62	87	-

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE
CRM-RR 1964

Residente de Ortopedia e Traumatologia

opt s/ queixas, segue aos cuidados

06 h paciente no leito aceitando
medicação cpm SSVV feito sem queixas
segue aos cuidados da Enf: tereza
Loren 67 000 1077

18 NOV. 2019



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	24/06/2019	DN	06/07/1989
PACIENTE IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA					
AGNÓSTICO FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	29	LEITO	120-5	DATA	12/07/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Mane
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H				SUSPENSO
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN				SN
5	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA				SN
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN				SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, EM USO DE TALA EM MIE, SEM QUEIXA ÁLGICA.

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE, EM USO DE TALA IGUINO PODÁLICA.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

18 NOV. 2019

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE

CRM-RR 1964

Residente de Ortopedia e Traumatologia

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	105x69	94	sem termômetro	
18 H	105x80	85		
24 H	130/70	92		35.2°C

06h - 12/70 75 - 34.8°C

Plantão diurno: Pcte sem queixas e ferido SSVV.

13/07/19 (19h-07h) Paciente em repouso no leito. S/ queixas.

Adm. 6:00h administrado item "8". PA 120/70 mmHg, P=75 bpm

T=34.8°C

Gelevânia da C. Lima
Técnica de Enfermagem
COREN-298.776

Gelevânia da C. Lima
Técnica de Enfermagem
COREN-298.776



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



120-5

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	24/06/2019	DN	06/07/1989
PACIENTE	IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA				
AGNÓSTICO	FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	29	LEITO	120-5	DATA	12/07/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manter
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H				SUSPENSO
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN				SN
5	SSVV + CCGG 6/6 H				Após / Realizar
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA				06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN				SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, EM USO DE TALA EM MIE, SEM QUEIXA ALGICA.

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NÓRMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE, EM USO DE TALA IGUINO PODÁLICA.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Bruno Aguiar dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RR 1047 TEOT 10488

06/07/2019 P-93 Tex 36

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	11x8	95	36.5
18 H	116/82	89	
24 H	120x66	90	33.4°C

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE

CRM-RR 1964

Residente de Ortopedia e Traumatologia

11:10 Paciente no leito. Verificado SSVV
sem intercorrências.
Medicação e SSVV de plantão noturno
realizado conforme prescrição médica.
e que os cuidados de enfermagem.

18 NOV. 2019



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




PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

24/06/2019

DN

06/07/1989

PACIENTE

IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA

AGNÓSTICO

FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

ALERGIAS

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

29

LEITO

120-5

DATA

14/07/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

SND

2

ACESSO VENOSO PERIFERICO

manter

3

SF 0,9% 500ML EV 6/6H

SUSPENSO

4

DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN

SN

5

SSVV + CCGG 6/6 H

Rotina

6

TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

SN

7

NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4

SN

8

OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA

06

9

METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N

SN

10

SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN

SN

11

CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

SN

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTÁCTUANTE, EM USO DE TALA EM MIE, SEM QUEIXA ÁLGICA.

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NÓRMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE, EM USO DE TALA IGUINO PODÁLICA.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS

6 H

PA

FC

FR

12 H

145/87

83

18 H

130/80

89

24 H

140/80

95

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE

CRM-RR 1964

Residente de Ortopedia e Traumatologia

18 NOV. 2019

Dr. Eider Soares

Ortopedia e Traumatologia

CRM 182618R

yeti tranquilo segue nos curativos

253233

120-3

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

DATA DE ADMISSÃO: _____ DIH: 24/06/2019 DN: 06/07/1989

PACIENTE: **IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA**

AGNÓSTICO: **FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO**

ALERGIAS: _____ HAS: **NEGA** DM2: **NEGA**

IDADE: **29** LEITO: **120-5** DATA: **14/07/2019**

ÍTEM: _____ PRESCRIÇÃO: _____ HORÁRIO: _____

1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	manter
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H	SUSPENSO
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	SU
5	SSVV + CCGG 6/6 H	Após Realizar
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SU
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	SU
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA	SU
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SU
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN	SU
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SU
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		

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

18 NOV. 2019

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, EM USO DE TALA EM MIE, SEM QUEIXA ÁLGICA.
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE, EM USO DE TALA IGUINO PODÁLICA.

SOLICITADO:

CONDUITA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

OGH, 120 x 80 P: 72

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 566

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	120 x 80	93	
18 H			
24 H	100/60	82	

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE

CRM-RR 1964

Residente de Ortopedia e Traumatologia

P.Och
SSVVU verificados
Roraima
CRM-RR 903 942

15/10/2019. Placido m...
Realizado cuidados gerais
Administração com Pl...
Fim de SSU

Francisco Damazio de Assis
Coren RR 973.392-TF



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	24/06/2019	DN	06/07/1989
PACIENTE IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA					
AGNÓSTICO FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO					
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	29	LEITO	120-5	DATA	16/07/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SNV
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				manuten
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H				SUSPENSO
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN				SN
5	SSVV + CCGG 6/6 H				Após 1 Realizar
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA				SN
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN				SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:
 # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, EM USO DE TALA EM MIE, SEM QUEIXA ALGICA.
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANOTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE, EM USO DE TALA IGUINO PODÁLICA.
 # SOLICITADO:
 # CONDUTA:
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:

06h	110x78	76	20	36,6
SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	120x90	74	18	35,62
18 H	109x64	94		35,92
24 H	110/80	87	-	36,1

AS 12:00h Paciente no Leito, Afrito
 SSVV, segue com queixas, nos cuidados da equipe de enfermagem.
 Rosilene Guedes P. Mendes
 Técnica de Enfermagem
 COREN-RR 552 039-TE

06h PLANTÃO NOTURNO, ADM
 MED. CPM, REALIZADO
 SSVV + CCGG, PCT. SEGU
 SEM QUEIXAS.

Aquiel Lima Silva
 Médico de Plantão
 COREN-RR 676,600-TE

120-5

18 NOV. 2019

Dr. Dalsen Feltosa
 Ortopedia - Traumatologia
 CRM-RR 1176

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE
 CRM-RR 1964
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

120-5

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

DATA DE ADMISSÃO	DIH	24/06/2019	DN	06/07/1989
------------------	-----	------------	----	------------

PACIENTE	IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA
----------	-----------------------------

AGNÓSTICO	FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO
-----------	-----------------------------

ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
----------	-----	------	-----	------

IDADE	29	LEITO	120-5	DATA	17/07/2019
-------	----	-------	-------	------	------------

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
------	------------	---------

1	DIETA ORAL LIVRE	SN
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	SN
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H	SUSPENSO
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	SN
5	SSVV + CCGG 6/6 H	SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA	06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN	SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, EM USO DE TALA EM MIE, SEM QUEIXA ALGICA.

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE, EM USO DE TALA IGUINO PODÁLICA.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

18 NOV. 2019

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	130x90	75	34.8
18 H	124x84	79	35.8°C
24 H	120x84	96	35.6°C

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE

CRM-RR 1964

Residente de Ortopedia e Traumatologia

Dr. Marcelo Arruda
Ortopedista/Traumatologista
CRM-RR 12437 RQE-590

12:40 17/07/2019 - Ret no leito, verificando SSVV, Sem Queixas algicas e segu as curações.

OG des adm med. Omeprazol 40 mg VO
ret no leito, SSVV realizado no período

Lucineide A. Lima
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 866.340 TE

320/5

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH	24/06/2019	DN	06/07/1989
------------------	--	-----	------------	----	------------

PACIENTE	IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA
----------	-----------------------------

AGNÓSTICA	FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO
-----------	-----------------------------

ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
----------	-----	------	-----	------

IDADE	29	LEITO	120-5	DATA	18/07/2019
-------	----	-------	-------	------	------------

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	manhã
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H	SUSPENSO
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	SN
5	SSVV + CCGG 6/6 H	notu
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	jsn
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	jsn
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA	ob
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	jsn
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

- # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, CONTACTUANTE, EM USO DE TALA EM MIE, SEM QUEIXA ÁLGICA.
- # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE, EM USO DE TALA IGUINO PODÁLICA.
- # SOLICITADO:
- # CONDUTA:
- # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
- # PREVISÃO DE ALTA:

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

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	120/90	89	—
18 H	122/84	82	—
24 H	120/70	80	—

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE
 CRM-RR 1964
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

18 NOV. 2019

120-5

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	24/06/2019	DN	06/07/1989
PACIENTE	IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA				
AGNÓSTICO	FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	29	LEITO	120-5	DATA	19/07/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5/5
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				1/1
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H				SUSPENSO
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN				1/1
5	SSVV + CCGG 6/6 H				1/1
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				1/1
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				1/1
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA				1/1
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				1/1
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN				1/1
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				1/1
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:
 # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, EM USO DE TALA EM MIE, SEM QUEIXA ALGICA.
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE, EM USO DE TALA IGUINO PODÁLICA.
 # SOLICITADO:
 # CONDUTA:
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:

18 NOV. 2019

SINAIS VITAIS				
6 H	110x80	FC	FR	36,2
12 H	110x75	86	18	36,22
18 H	110x76	91	-	36,2
24 H	130x11	90	-	36,2

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e Traumatologia

Dr. Marcelo Arruda
Ortopedista/Traumatologista
CRM-RR 1243 RQE: 550

As 12h04h Paciente no leito, afando ssu
segue sem queixas, Realizado cuidados
de enfermagem
Rosilene Garcia P. Mendr
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 552.039-TE



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	24/06/2019	DN	06/07/1989
PACIENTE IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA					
AGNÓSTICO FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	29	LEITO	120-5	DATA	20/07/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SUSPENSO
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	SF 0,9% 500ML EV 8/H				SUSPENSO
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN				
5	SSVV + CCGG 8/8 H				SUSPENSO
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				SUSPENSO
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA				
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SUSPENSO
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SUSPENSO
12					
13					SUSPENSO
14					
15					SUSPENSO
16					
17					SUSPENSO
18					
19					SUSPENSO
20					
21					SUSPENSO

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, EM USO DE TALA EM MIE, SEM QUEIXA ALGICA.

EXAME FÍSICO: BGL, ACIANOTICO, ANCTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE, EM USO DE TALA EQUINO PODALICA.

SOLICITADO:

CONDUÇÃO:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Rogério L. P. Dias
Médico
Ortopedista/Traumatologista
CRM 12053-RR / ORE-114

SINAIS VITAIS				Dr. AUGUSTO CAVALCANTE	
GH	PA	FC	FR	CRM-RR 1964	Residente de Ortopedia e Traumatologia
12 H	130x80	89	36,5		
18 H	130x90	94	36,8		
24 H	130x90	84	36,5		

ob: 130x90 82

36,8c

18 NOV. 2019



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: 24/06/2019 DIH: 24/06/2019 DN: 06/07/1989

PACIENTE: IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA

AGNÓSTICO: FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

ALERGIAS: HAS NEGA DM2 NEGA
IDADE: 29 LEITO: 120-5 DATA: 24/07/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE	S+L
2	ACLSO VENOSO PERIFERICO	montr
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H	SUSPENSO
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	S+
5	SSVV + CCOG 6/6 H	Pistina
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	S+
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	S+
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA	eg
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	S N
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTINUANTE, EM
USO DE TALA EM MIE, SEM QUEIXA ALGICA.

EXAME FÍSICO: 31 G, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE, EM USO DE TALA
IGUINO PODÁLICA.

SOLICITADO:

CONDUZA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PRT VISÃO DE ALTA:

Dr. Elde Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 18287/RR

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	Dr. AUGUSTO C. VALENTE CRM 18287/RR Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H				
12 H	130x93	92	36,2	
18 H	110x60	69	36,2	
24 H	110x70	70	36,2	

06 110x 60 60 36,2

18 NOV. 2019



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	24/06/2019	DN	06/07/1989
PACIENTE	IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA				
AGNÓSTICO	FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	29	LEITO	120-5	DATA	20/07/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	SF 0,9% 500ML EV 6/H				SUSPENSO
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN				
5	SSVV + CCGG 5/6 H				
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA				
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-350: 4UI; 351-400: 6UI; 401-450: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, EM USO DE TALA EM MIE, SEM QUEIXA ALGICA.

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE ELOGOSE, EM USO DE TALA EQUINO PODALICA.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Rogério L. P. Dias
Médico
Ortopedista/Traumatologista
CRM 1205 RR / ORE-114

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	130x80	89		36,5
18 H	130x80	94		36,5
24 H	130x80	84		36,5

cl. ca 130x90 82

36,8

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE

CRM-RR 1964

Residente de Ortopedia e Traumatologia

18 NOV. 2019

Data de Nascimento: 06/07/1989 Idade: 29
 Termo de Consentimento Cirúrgico: () Sim (☒) Não

Termo de Consentimento Anestesia: () Sim (☒) Não

Data: 24107179

INTRAPERITONEAL

1. trial to trial
2. intermittent

13:45	14:25	14:42	15:28
-------	-------	-------	-------

$\text{O}_2^- + \text{H}^+$ $\text{H}_2\text{O} + \text{H}^+$	Ca^{2+}	O^-
--	------------------	--------------

Histórgao Infundida	Antibiótico/terapia	Hemoderivados

Outros: AL-1	Horas: 14.30	plasma: -
--------------	--------------	-----------

Nº de Compressas recolhidas:	21 unidades.
Exames na SG:	
	☒ Não
	☐ Sim

Paralela	Outros:	Cultura	Outros:
----------	---------	---------	---------

1. Elettrodo
2. Ossimetro

10. ~~Gulfrole~~

11. TOT () N50 () Sim N°

13. Outros: _____

Sinais Vitais: Saída da 50

() Regular () Irregular

Destino: ☒ SRPA () UTI () outros: _____

Sinai's Vitais

q'	TE	v/u
0	0	0
1	0	0
2	0	0
3	0	0
4	0	0
5	0	0
6	0	0
7	0	0
8	0	0
9	0	0
10	0	0
11	0	0
12	0	0
13	0	0
14	0	0
15	0	0
16	0	0
17	0	0
18	0	0
19	0	0
20	0	0
21	0	0
22	0	0
23	0	0
24	0	0
25	0	0
26	0	0
27	0	0
28	0	0
29	0	0
30	0	0
31	0	0
32	0	0
33	0	0
34	0	0
35	0	0
36	0	0
37	0	0
38	0	0
39	0	0
40	0	0
41	0	0
42	0	0
43	0	0
44	0	0
45	0	0
46	0	0
47	0	0
48	0	0
49	0	0
50	0	0
51	0	0
52	0	0
53	0	0
54	0	0
55	0	0
56	0	0
57	0	0
58	0	0
59	0	0
60	0	0
61	0	0
62	0	0
63	0	0
64	0	0
65	0	0
66	0	0
67	0	0
68	0	0
69	0	0
70	0	0
71	0	0
72	0	0
73	0	0
74	0	0
75	0	0
76	0	0
77	0	0
78	0	0
79	0	0
80	0	0
81	0	0
82	0	0
83	0	0
84	0	0
85	0	0
86	0	0
87	0	0
88	0	0
89	0	0
90	0	0
91	0	0
92	0	0
93	0	0
94	0	0
95	0	0
96	0	0
97	0	0
98	0	0
99	0	0
100	0	0

[illegible]

30 h				

ervações:

Calder	
--------	--

Qual	Hora	SVD/Aspecto	Dreno/Qual	Outros
------	------	-------------	------------	--------

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

[illegible]

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

EM (Evolução/Alta do Paciente)

5 cm in hercditici

Free

José Luciano dos Santos
CORREIOS 362 412 - 8007

Enfermeiro

18 NOV. 2019

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANEXO DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANEXO DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÃO

Ivan Roberto Pacheco
Régiorio + João G.

Intelectual: Paula + Rui Daniel +
Luiz Emanuel

Local: Unidade 19 (Sala Operatória)

Sala: Unidade 19 (Sala dos Operatórios)

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

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE OPERATÓRIA OU DA EQUIPE MÉDICA CONFERIRAM VERBALMENTE COM A EQUIPE

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFERIRAM VERBALMENTE:

1. O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

(X) Identificação do paciente
() Sítio cirúrgico
(X) Topo de incisão

(X) Sim () Não

EFETOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

2. SE AS CONTAGENS DE INFECÇÃO CIRÚRGICA, COMPREENDENDO AS PRECAUTELAS ESTÃO CORRETAS

(X) EVISÃO DO CIRURGIÃO:
Durante as etapas críticas ou inesperadas, imitação da operação e perda sanguínea prevista.

(X) Sim () Não

(X) EVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:
Não alguma complicação específica em relação ao paciente

3. COMO A AMOSTRA PATOLÓGICA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA INCLUINDO O NOME DO CIRURGIÃO

() Sim () Não

(X) RESISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

SE HÁ ALGUM PROBLEMA PARA SER RESOLVIDO

() Sim (X) Não

(X) MATERIAIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTOS, PRÓTESES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE CERTIFICAÇÃO (incluindo resultado do indicador). Há questionamentos relacionados a equipamentos ou qualificação de enfermeiros.

(X) O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVEREM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DEPOIS DA OPERAÇÃO

(X) Sim () Não

(X) PROFISSÃO ANTIMICROBIANA POR REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

(X) Sim () Não

(X) Sim

(X) Sim

(X) Setor 19 Hora: 14:20

(X) Setor 19

Dr. Daniel Soares Ferreira
Médico
CRM-RR 1179

Rebeca Mendes Costa
Enfermeira
CRM-RR 1448

Assinatura e Função

24 de 19



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



120-1

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	24/06/2019	DN	06/07/1989
PACIENTE	IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA			
AGNÓSTI	FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	29	LEITO	120-5	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL ZERO CIRURGIA HOJE			SN
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			SN
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H			SUSPENSO
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN			SN
5	SSVV + CCGG 6/6 H			SN
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			SN
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4			SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA			SN
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			SN
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN			SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SN
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, EM USO DE TALA EM MIE, SEM QUEIXA ALGICA.

#EXAME FÍSICO: BEG, ACIANOTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE, EM USO DE TALA IGUINO PODÁLICA.

#SOLICITADO:

#CONDUTA:

#PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

#PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Rogério L. P. Dias
Médico
Ortopedista e Traumatologista
CRM 1205-RR / RQE-114

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	140x100	88	30c
18 H			
24 H			

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE
CRM-RR 1964

Residente de Ortopedia e Traumatologia

paciente no leito estando apassado os vitais e segun
cor. estado do. Curpama Gen

18 NOV. 2019



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




PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	24/06/2019	DN	06/07/1989
------------------	--	-----	------------	----	------------

PACIENTE	IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA				
----------	-----------------------------	--	--	--	--

AGNÓSTI	FX DE PLATO TIBIAL ESQUERDO				
---------	-----------------------------	--	--	--	--

ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
----------	--	-----	------	-----	------

IDADE	29	LEITO	120-5	DATA	25/07/2019
-------	----	-------	-------	------	------------

ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
------	------------	--	--	--	---------

1	DIETA ORAL ZERO CIRURGIA HOJE-				
---	--------------------------------	--	--	--	--

2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				
---	--------------------------	--	--	--	--

3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H				SUSPENSO
---	-----------------------	--	--	--	----------

4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN				
---	---------------------------	--	--	--	--

5	SSVV + CCGG 6/6 H				
---	-------------------	--	--	--	--

6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
---	---	--	--	--	--

7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				
---	---	--	--	--	--

8	OMEPRAZOL 40MG VO 1XDIA				
---	-------------------------	--	--	--	--

9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
---	---------------------------------	--	--	--	--

10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN				
----	--	--	--	--	--

11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
----	---	--	--	--	--

12					
----	--	--	--	--	--

13					
----	--	--	--	--	--

14					
----	--	--	--	--	--

15					
----	--	--	--	--	--

16					
----	--	--	--	--	--

17					
----	--	--	--	--	--

18					
----	--	--	--	--	--

19					
----	--	--	--	--	--

20					
----	--	--	--	--	--

21					
----	--	--	--	--	--

	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-				
--	---	--	--	--	--

	250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML.				
--	---	--	--	--	--

	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
--	---	--	--	--	--

	EVOLUÇÃO MÉDICA:				
--	------------------	--	--	--	--

	#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE,				
--	--	--	--	--	--

	EM USO DE TALA EM MIE, SEM QUEIXA ÁLGICA.				
--	---	--	--	--	--

	#EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,				
--	--	--	--	--	--

	NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM SINAIS DE FLOGOSE, EM USO DE TALA				
--	---	--	--	--	--

	IGUINO PODÁLICA.				
--	------------------	--	--	--	--

	#SOLICITADO:				
--	--------------	--	--	--	--

	#CONDUTA:				
--	-----------	--	--	--	--

	#PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:				
--	---------------------------	--	--	--	--

	#PREVISÃO DE ALTA:				
--	--------------------	--	--	--	--

	SINAIS VITAIS				
--	---------------	--	--	--	--

6 H	PA	FC	FR	
-----	----	----	----	--

12 H				
------	--	--	--	--

18 H				
------	--	--	--	--

24 H				
------	--	--	--	--

	Dr. AUGUSTO CAVALCANTE			
--	------------------------	--	--	--

	CRM-RR 1964			
--	-------------	--	--	--

	Residente de Ortopedia e Traumatologia			
--	--	--	--	--

18 NOV. 2019

720-5



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Tran. Roberto Roberto Lourenço 29
 DATA DE ENTRADA 24/7/19 DATA DE SAÍDA 25/7/19
 DOENÇA fratura de fêmur + fêmur E
 NO CI 24/7/19 DATA DE TRATAMENTO 25/7/19 DATA DE SAÍDA 25/7/19
ortom. de fêmur + fêmur E SENDO
 OPERADO PELO DR. Paulo E DR. Regina
 RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 25/7/19 ÀS 10h00 EM
 BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.
 COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
 CORONEL MOTA NO DIA 8/8/19 ÀS 14h00 COM O
 DR. Paulo

ORIENTAÇÕES GERAIS

- 1- NÃO USAR QUANDO APÓS A 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.

18 NOV. 2019

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

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

25/7/19



EMERGÊNCIA
GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO AIRTON ROCHA
PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO



RECEITUÁRIO

NOME:

Iran Roberto Pereira Lourenço
Cláudio Medeiros

paciente encontra-se internado
no Hospital Geral de Roraima no
leito 120-5 desde o dia 24/06/19
com quadro de pleto fibril
sinusoidal. Neste momento
requerido procedimento cirúrgico.
Sem prejuízo de alta hospitalar

Augusto Cavalcante
Médico
CRM-RR 1864

Residência
Atendimento
Tratamento

DATA:

27/06/19

ASSINATURA E CARIMBO

Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121-0611

GOVERNO
DO POVO

18 NOV. 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 Pavan Roberto Pavan Laguna 29 ANOS
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 24/7/19
DIAGNOSTICO DE fratura de rádio e ulna E
NO DIA 24/7/19 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRURGICO ORTOPEDICO DE
osteomielite de rádio e ulna E SENDO
OPERADO PELO DR. Pavan E DR. Pavão
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 25/7/19 ÀS 14h00 EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 8/8/19 ÀS 14h00 COM O
DR. Pavan

ORIENTAÇÕES GERAIS

18 NOV. 2019

- 1- NÃO CUSAR 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.

25/7/19

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1464

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

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. MASSORAF
114807 SSP RR

CPF
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

RELACÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
ACE
CAT. HAB.
AD

Nº REGISTRO
01101912304

VALIDADE
28/01/2020

HABILITAÇÃO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

ASSINATURA DO EMISSOR
92485240616
RR207968020

DETRAN - RR - BOA VISTA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
980151096

PROIBIDO PLASTIFICAR
980151096

18 NOV. 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190642763 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA **Data do acidente:** 24/06/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO. (P37)
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Ivan Pacheco
NACIONALIDADE:	Venezuelano
PROFISSÃO:	Garçon
IDENTIDADE:	
ENDEREÇO:	R: Av: presidente Castelo Branco

OUTORGADO

NOME:	João Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114804
ENDEREÇO:	R: Antônio p. Galvão 1032

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 24/06/2019, cobertura Incêndio, vítima: Ivan Roberto Pacheco Laguna.

18 NOV. 2019

CARTÓRIO LOUREIRO

Boa Vista 31-07-19

LOCAL E DATA

Ivan Pacheco

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

CARTÓRIO LOUREIRO
 DR. JOZIEL LOUREIRO
 TABELÃO E REGISTRADOR
 A: TEL: 3041.7000 - F: 3041.7000 - R: 3041.7000 - TEL: (031) 3024-6097 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR

REC. VERDADEIRA da assinatura(s)
 (CPF: 114804) - IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA

NPR Em testemunho M da verdade. Boa Vista, 31/07/2019
 Emol: 2,45, FUNDEJUR: 0,25, FISC: 0,10, FECON: 0,10, ISS: 0,10 Vir Selo: 1
 Selo: RECFIR158345QYMNRW18UCWIN371
 Consulte seu selo: <https://cidadao.portalsefrr.com.br>
 CPF Solicitante: 71319179150

Marjory C. C. Esbell Briglia
 Escrevente Autorizada
 Cartório Loureiro

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0403575/19

Número do Sinistro: 3190642763

Vítima: IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA

CPF: 713.191.791-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/06/2019

Titular do CPF: IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA : 713.191.791-50

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/12/2019
Nome: ILOIR INACIO DE SOUZA
CPF: 383.051.512-04

ILOIR INACIO DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2019
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA
CPF: 432.858.722-68

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0403575/19

Vítima: IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA

CPF: 713.191.791-50

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 24/06/2019

Titular do CPF: IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA : 713.191.791-50

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/11/2019
Nome: IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA
CPF: 713.191.791-50

IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/11/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0403575/19

Número do Sinistro: 3190642763

Vítima: IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA

CPF: 713.191.791-50

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 24/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA : 713.191.791-50

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/12/2019
Nome: ILOIR INACIO DE SOUZA
CPF: 383.051.512-04

ILOIR INACIO DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2019
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA
CPF: 432.858.722-68

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190642763

Vítima: IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA

Data do Acidente: 24/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190642763 Vítima: IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA

Data do Acidente: 24/06/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190642763

Vítima: IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA

Data do Acidente: 24/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 0000038385-5

Tipo: CONTA CORRENTE

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



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: **413.191.791-50** Nome completo da vítima: **Ivan Roberto Pacheco Laguma**

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

Nome completo: **Ivan Roberto Pacheco Laguma** CPF: **413.191.791-50**

Profissão: **Garçon** Endereço: **Av. Presidente Castelo Branco** Número: **432** Complemento: _____

Bairro: **São Vicente** Cidade: **Boa Vista** Estado: **RR** CEP: _____

E-mail: **ILOIRRR@HOTMAIL.COM** Tel. (DDD): **93193154-4882**

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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: _____ 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.

Local e Data: **Boa Vista - RR, 31/10/2019**

Nome: **Ivan Roberto Pacheco Laguma**

CPF: **413.191.791-50**

Assinatura de quem assina A ROGO

Ivan Pacheco

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

413.191.791-50

4 - Nome completo da vítima:

Ivan Roberto Pacheco Laguna

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

5 - Nome completo:

Ivan Roberto Pacheco Laguna

6 - CPF:

413.191.791-50

7 - Profissão:

Garçom

8 - Endereço:

Rua Presidente Castelo Branco

9 - Número:

482

10 - Complemento:

11 - Bairro:

São Vicente

12 - Cidade:

Boca Vista

13 - Estado:

PR

14 - CEP:

15 - E-mail:

liver@hotmail.com

16 - Tel. (DDD):

9999154-4282

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0663

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 38385

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não

33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Boca Vista - PR, 13/12/2019

* Ivan Pacheco

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 039866/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 12/11/2019 11:52 Data/Hora Fim: 12/11/2019 12:11
Origem: Polícia Judiciária Data: 12/11/2019
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 24/06/2019 11:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Das Guianas
Complemento: Cruzamento com a Avenida Ville Roy
Ponto de Referência: Semáforo
Tipo do Local: Via Pública

Bairro: Treze de Setembro

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA (VÍTIMA , COMUNICANTE , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Venezuelana Naturalidade: Puerto Cabello / Sexo: Masculino Nasc: 06/07/1989
Profissão: Garçon Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Ivan José Pacheco Nome do Pai: Aida Laguna

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 713.191.791-50

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Avenida Presidente Castelo Branco
Complemento: Casa
Bairro: São Vicente
Telefone: (95) 99162-8154 (Celular)

Nº: 482

18 NOV. 2019

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Veículo Adulterado? Não Quantidade 1 Unidade
Situação Meio Empregado

Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Proprietário, Possuidor



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 039866/2019

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava de bicicleta pela Avenida da Guianas e ao dobrar para Avenida Ville Roy, um veículo que transitava no mesmo sentido e também convergiu para a Avenida Ville Roy lhe colidiu. Que sofreu lesões corporais e foi levado ao HGR pelo condutor do veículo ocasionador. Que não informar nenhuma característica identificadora do veículo ocasionador e nem de seu condutor. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.** É o registro.

ASSINATURAS

DAT

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia Civil
Mat: 04200/008

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000008
Responsável pelo Atendimento

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

Ivan Pacheco

Ivan Roberto Pacheco Laguna
(Envolvido / Vítima / Comunicante)

Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que der origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

18 NOV. 2019

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:
	413.191.791-50	Ivan Roberto Pacheco Laguna
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Ivan Roberto Pacheco Laguna	413.191.791-50	
Profissão:	Endereço:	Número:
Garçon	Dr. Presidente Castelo Branco	432
Bairro:	Cidade:	Estado:
São Vicente	Boa Vista	RR
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
ILOIRRR@HOTMAIL.COM		(99) 99154-482

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

DADOS CADASTRAIS:

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Local e Data: Boa Vista - RR, 31/10/2019

Nome: Ivan Roberto Pacheco Laguna

CPF: 413.191.791-50

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Ivan Pacheco

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVAN ROBERTO PACHECO LAGUNA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000038385-5

Nr. da Autenticação E645A89A440DA0D4



CNPJ: 45.939.877/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.955.426-0
RUA NELSON JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 69.390-410

ABASTECIMENTO
CAE
0800 280 9520
www.cae.com.br

Matrícula: 28703

Outubro/2019

Dados do Cliente:

EBELISE MARIA CHANCHAMIRE MONROV

Endereço para entrega:

AV PRESIDENTE CASTELO BRANCO, NÚM. 482
- C - SÃO VICENTE BOA VISTA RR 69300-050

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.003.018.0105.000	7	220	1
Hidrômetro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
Y125655665	29/01/2019	LIGADO	FACTIVEL
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM DE DIAS
LEITURA FAT. 464	481	17	29
LEITURA INF.			
DT. LEITURA 11/09/2019	10/10/2019		

ULTIMOS CONSUMOS

201909 10-0
201908 15-0
201907 11-0
201906 2-0
201904 15-0
201903 22-0
MEDIA 14

Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Auditorias Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5448 / 2005 G.M					
APARELHAS	CLORO	TURBIDEZ	ODR	C.TOTALIS	E-COLI
EXIGIDAS	100	100	100	100	100
ANALISADAS	199	199	199	199	199
CONFORMES	199	199	199	199	199

DESCRICAÇÃO

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

17 M3 45,13

TAXA COBRANÇA DE DOCUMENTO 10/2019
MULTA P/IMPONTUALIDADE 08/2019

4,77
0,78

VENCIMENTO: 15/11/2019

TOTAL A PAGAR 50,68

AVISO: EM 30/09/2019 CONSTA DÉBITO SUJ. CORT. IGNORE CASO PAGO

PREVENIR E A MELHOR FORMA DE SE CUIDAR!
"OUTUBRO ROSA"



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
28703	10/2019	15/11/2019	50,68

82620000000- 6 50680004001- 2 00002870301- 5 10201970003- 2



18 NOV. 2019

IMPRESSO EM: 10/10/2019 07:23:19

Via do Cliente

Via da CAE