

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: 20/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03588

CONTA: 000000006871-1

Nr. da Autenticação 1C858DE876BE27D1

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcia, 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 Impostos autorizado pela SEFAZ RR/13

Nº da Nota Fiscal 003855337

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OCTUBRO/2019	06/11/2019	516	363,32

ANA DA SILVA RODRIGUES

CPF: 00076452838272

R. FRANCISCO ARAUJO VERRAS 395 QD 26 CIDADE NOVA

CPF: 69.380-000 - BONFIM

DADOS DA LEITURA (KWh)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 32573	Atual: 18/10/2019	Grupo/Subgrupo: B
Anterior: 32457	Anterior: 17/09/2019	Classe/Subclasse: RESID.BX.RENDA
Dia de consumo: 31	Próxima leitura: 18/11/2019	Ligação: MONO
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 17/10/2019	Número Medição: 900906650
Consumo medido: 516	Apresentação: 18/10/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 516	R: 109.030.09.01.000000	Modalidade: CONVENCIONAL

DESCRIÇÃO DA CONTA			
CONSUMO	30 A R\$	0,262144 =	7,86
	70 A R\$	0,449385 =	31,45
	120 A R\$	0,674084 =	80,89
	296 A R\$	0,748975 =	221,69
DESCONTO INDIGENA/QUILOMBOLA			13,97
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)			23,00
SUBVENCAO BAIXA RENDA	52,64		
CORRECAO MONETARIA DA 07/19-00			0,06
CORRECAO MONETARIA IG 07/19-00			1,63
MULTA POR ATRASO DE I 07/19-00			2,04
JUROS DE MORA POR ATR 07/19-00			0,46
MULTA POR ATRASO 07/19-00			4,88
JUROS DE MORA DE IMPO 07/19-00			3,33

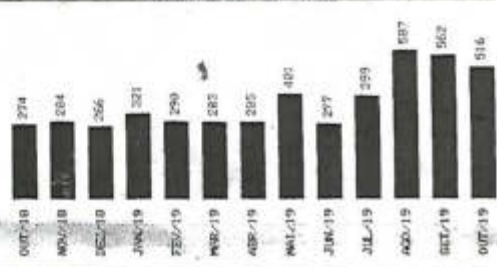
OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:

0 A 30 - 0,217580
31 A 100 - 0,372990
101 A 220 - 0,559490
221 A 516 - 0,621658

Média 12 meses: 352

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 02/11/2019, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavaliada(s) no valor de R\$ 411,24 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconectar este aviso.

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

RESERVADO AO FISCO

4497.8030.3463.4672.0210.6486.0483.7272

PCAR

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$			
Energia:	186,26	Encargos:	9,67	Base de Cálculo:	ICMS:	17,00%	58,12
Distribuição:	87,84	Tributos:	58,12		PIS:	0,00000%	0,00
Transmissão:	0,00				COFINS:	0,00000%	0,00

INDICADORES DE CONTINGÊNCIA								
	DIC			PIC			DMC	DICI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Conjunto				Período de apuração: 05/2019			EU/D:	0,00

R: 109.030.09.01.000000
PCAR



DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ené Garcia, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44
Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO
0526581-9

TOTAL A PAGAR - R\$
363,32

MÊS FATURADO
10/2019

VENCIMENTO
06/11/2019

Nº da Nota Fiscal: 003855337

8365000003 6 63320075000 6 00000000526 4 58191019008 0



REG.: 00003

LEITURA: 02975

DT.VENC.: 06/11/2019

UC: 0026581-9

NORMAL

TRREG.: 000

DT.LEIT.: 18/10/2019

TOTAL: 363,32

COLETOR: 3051

T.ENTR.: 07

CARGA: 801

20520 - RRE (NOVO)

22 NOV. 2019

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 2419388

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832 , 2

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1089153	02/2019	25-JAN-19 a 22-FEB-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
237	11-MAR-19	R\$ 229,20

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
1089153	02/2019	R\$ 229,20

836100000022.292000750003.000000001081.915302190052

**22 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/BIBLIOTECAWEB/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 Ilair Inácio de Souza

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

Jeisson da Silva Rodrigues Bráshe inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.027.402 / 57

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jeisson da Silva Rodrigues Bráshe

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.027.402 / 57, 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@gmail.com</u>	CEP: <u>69.309-209</u>	Tel.(DDD): <u>(95) 98403-5060</u>

Local e Data: _____

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

FICHA DE ATENDIMENTO ☐ Clínico ☐ Obstétrico ☒ Trauma

Unidade: SAMU

Equipe: Téc Beverly / Cond. Juan

Paciente: Jerisson da Silva Rodrigues Branst Idade: 26a Sexo: ☐ F ☒ M

Nacionalidade: Brasileiro Raça: ☐ Branca ☐ Negra ☒ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena-Etnia Meauri

Endereço: HIPAR - Rua: Turchana Faria - 1º de Julho.

Ponto de referência:

Nº da Ocorrência: 14188 DATA 20/03/19 HORA SAÍDA (Aclonamento): 22:34 Hs.

Médico (a) Regulador (a) Dr.(a) CRM: Francisco Anderson HORA CHEGADA (J/10): 23:45 Hs.

MOTIVO: ☐ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☒ REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR ☐ APOIO: ☐ OUTRO:

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL ☐ Capotamento ☐ Atropelamento ☐ Colisão X ☐ Motorista ☐ Passageiro Banco dianteiro ☐ Passageiro Banco traseiro	☐ Uso do cinto ☐ Vítila projetada ☐ Vítila encarcerada ☐ Air Bag MOTO/BICICLETA ☒ Acidente com moto X ☒ Condutor ☐ Carona ☐ Com capacete ☐ Sem capacete ☐ Bicicleta ☐ condutor ☐ passageiro	VIOLÊNCIA ☐ Agressão Física ☐ FAB ☐ FAF ☐ Espancamento ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual ☐ Tentativa de suicídio ☐ Outro:	OUTROS ☐ Acidente de Trabalho ☐ Local ☐ Trajet ☐ Queda, Altura aprox.: ☐ Acidente Doméstico ☐ Queimadura Agente ☐ Agressão p/ animal ☐ Outros:
---	---	---	---

AValiação INICIAL

Vias Aéreas ☐ Dispneia ☐ Bradpnéia ☐ Taquipneia ☐ Resp. Ruidosa ☐ Obstruída ☐ Apneia ☒ Outro: <u>Supnêico</u>	Ventilação ☐ M.V. Diminuído ☐ M.V. Ausente ☐ Hipertimpanismo ☐ Maciez ☐ Ferida Aspirativa ☐ Abolida <u>ausente</u>	Circulação ☐ Bradicardia ☐ Taquicardia ☐ Arritmico ☐ Enchimento capilar >2 segundos ☐ Ausente <u>A.O.M. f</u>	Avaliação Neurológica ☒ AVDN A ☐ DNV ☐ Miose ☐ Midríase ☐ Anisocoria ☐ Otorragia ☐ Rinorragia ☐ Otorrêia ☐ Aparentemente alcoolizado
---	--	---	--

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. °C.	Esc. visual anal. EVA "DOR"	Glicemia	Trauma	APGAR
Início <u>22:45</u>	<u>120x80</u>	<u>78</u>	<u>18</u>	<u>97%</u>	<u>36.5°C</u>	<u>0</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>
Fim									

AValiação SECUNDÁRIA

Pele ☒ Corada ☐ Pálida ☐ Quente ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Seca ☐ Cianótica	Cabeça ☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Laceração ☐ Hematoma ☐ Afundamento ☐ Fer. Penetrante	Face ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular <u>ausente</u>	Pescoço ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Hematoma ☐ Desvio da traquéia ☐ Enfisema Sub-Cutâneo <u>ausente</u>	Tórax ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Tórax Instável ☐ Resp. paradoxal ☐ Tamponamento <u>ausente</u>	Abdome ☐ Escoriações ☐ Evisceração ☐ Lacerações ☐ Distendido ☐ Doloroso ☐ Em tábua <u>ausente</u>
Pelve ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Dor ☐ Instabilidade	Coluna Dorsal ☐ Contusão ☐ Deformidade ☒ Dor leve ☐ Moderada ☐ Intensa	Hematomas ☐ Hematoma ☐ Moderada ☐ Intensa	Membros ☐ Contusão ☐ Laceração ☒ Escoriação <u>mão</u> ☐ Luxações	☒ Fratura? <u>mm 55</u> ☐ esmagamento ☐ Amputação ☐ Avulsão	

AValiação CARDÍACA

☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia	☐ Fibrilação atrial ☐ Fibrilação ventricular ☐ Assistolia	☐ Respiratória ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Metabólica ☐ Cardiovascular ☐ Aborto	☐ Digestiva ☐ Infecçiosa ☐ Obstétrica ☐ Pediátrica ☐ Outra <u>intoxicação</u>	☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☐ HAS ☐ Sequela de AVC ☐ Medicação em uso	☐ Alergias ☐ Outros
--	--	---	--	---	--

GRAVIDADE COMPROVADA ☐ ILESO ☒ PEQUENA ☐ MÉDIA ☐ OUTRO ☐ SEVERA ☐ ÓBITO ☐ INDETERMINADA

INCIDENTE: Artério de Bonfim Ofício Único de Bonfim-RR MULTIPLoS MEIOS ACIONADOS

Certifico e dou fé que a presente é fotocópia fiel do documento original que me foi apresentado. Em testemunho da da verdade. Bonfim, 23/10/2019.
SELO TJRR REC/FIR159238LJZHL8211KMAW12. Data/Hora 23/10/2019 11:53:33. Total: R\$ 4,40 Emolumentos: R\$ 2,45 RECOM: R\$ 0,10 FISCALIZAÇÃO: R\$ 0,10, FUNDEJURR: R\$ 0,25 VSS: R\$ 3,00 Salo: R\$ 1,50. Consulte em <https://cidadesao.portalajurr.com.br>

Malca Rashena Fernanda Griffith
Escrevente

22 NOV. 2019

RCP ☐ Iniciada as: _____ ☐ RCP com sucesso ☐ RCP não realizado ☐ Obs.: _____		DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA Término as: _____ ☐ RCP sem sucesso
DESTINO ☒ Atendido no local Hospital Pedro Álvares Rodrigues - HPAR ☐ Pronto Atendimento ☐ Trauma HGR	☐ Pol. Cosme e Silva - PCCS ☐ Hospital da Criança Santo Antonio - HCSA ☐ Maternidade ☐ Coronel Mota - HCM	

Thiago Mendonça Lins
 Médico
 CRM-RR 1883
 Assinatura e Carimbo Médico



Cartório de Bonfim

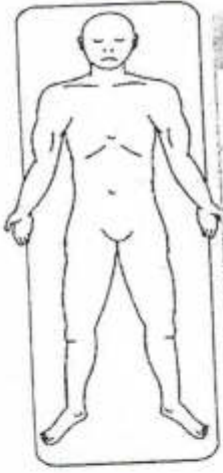
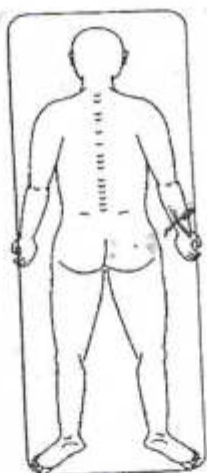
Ofício Único de Bonfim-RR
 Rua Antônio Torres, Ladeira, nº 243
 Bairro 13 de Maio, Bonfim-RR
 Fone: (82) 3552-1000

PERTENCE DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico Assinatura do Paciente: _____

Certifico e dou fé que a presente é fotocópia fiel do documento original que me foi apresentado. Em testemunho da verdade. Bonfim, 23/10/2019.
 SELO TJRR: REC FIR 158238WDRVPETDOM580241. Data Hora: 23/10/2019
 11 53 33 Total R\$ 4.40 Emolumentos R\$ 2.45 RECOM R\$ 0.10 FISCALIZAÇÃO R\$ 0.10 FUNDEJURR R\$ 0.25 ISS R\$ 0.00 Selo R\$ 1.50 Consulta em <https://cidadeo.portalajrr.com.br>

Malen Rashena Fernanda Griffith
 Escrevente

GESTANTE IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____ Perda de líquido: _____ BCP: _____ ☐ Com cartão ☒ Sem cartão	MATERIAL E MEDICAÇÃO
---	-----------------------------



Variáveis	Escore
Abertura ocular	Esponânea
	A vor
	A dor
	Nenhuma
Resposta verbal	Orientado
	Confuso
	Palavras inapropriadas
	Palavras incompreensíveis
	Nenhuma
Resposta motora	Obedece comandos
	Localiza dor
	Movimento da retina
	Flexão anormal
	Extensão anormal
Total máximo: 15	
Total mínimo: 3	



22 NOV. 2019

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Pac. Terison da Silva Rodrigues Basso, 26 anos, vítima de acidente de moto, com capacete, com suspeita de fratura no mmr (D), na região cefálica/um, com lesões escoriações na mão (E), chegando de das na região do Trauma, SSVV preservados, com alteração nas PA: 140/90 mm Hg. Adm. 1 amp. de Buscopan Simple + 1 tenoxicam 40 mg. EV. Pac. com SSVV preservados, encaminhado ao pronto Trauma HGR, entregue aos cuidados do Dr. Thiago Mendonça.

Téc. Deyvry Ana F. da Silva
 Téc. Socorrista
 CRM-RR 77604

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

1ª Classificação/Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

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

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

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19- 1

1901151416 21/08/2019 00:08:18

Paciente
JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE

Data Nascimento 25/08/1991

Idade 27 A 11 M 27 D

CNS

CPF 01502740257

Prontuário

Tipo Doc Doc Imenito Órgão Emissor Data Emissão

Sexo M

Estado Civil

Raça/Cor PARDA

Naturalidade

Nacionalidade BRASILEIRA

Mãe
ANA DA SILVA RODRIGUES

Pai NI

Contato
(95) 98402-7236

Ocupação
NÃO INFORMADA

Endereço
- RUAICA - 46 - TREZE DE SETEMBRO - BOA VISTA - RR

Class. de Risco

Plano Convênio

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Motivo de Atendimento
ACIDENTE DE MOTO

Caráter do Atendimento

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

URGÊNCIA

Sector
GRANDE TRAUMA

Tipo de Chegada

DEMANDA ESPONTANEA

Procedimento Sol.

Registrado por:

WALDEMAR STOCKER

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA) - h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Família
☐ Transferência para

Ambulatório

Observação (Até 24h)

Internação

Data e Hora da Saída/Alta

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não

Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: waldeimar.stocker
Data Hora: 21/08/2019 00:11:34



1901151416

22 NOV. 2019

data 23.08.19

LAUDO N.º DA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: **Id 54**

2 - CNES: **1104**

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: **Id 54**

4 - CNES: **1104**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE: **JERISON DA SILVA RODRIGUES BRASILEIRO**

6 - DATA DE NASCIMENTO: **25/08/91**

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **891810103222711318419**

8 - N.º DO PRONTUÁRIO: **474580**

9 - SEXO: **M**

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: **Ana da Silva Rodrigues**

11 - TELEFONE DO CONTATO: **915 91841927326**

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO): **30**

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **BR**

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO: **BR**

15 - UF: **BR**

16 - CEP: **30**

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Solu cident, apenar de
e debeddo de catetere d.

22 NOV. 2019

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Cirurgia

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

1/2 catetere d.



20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

LUXO FRACTURA GALEAZ USN

PROCEDIMENTO SOLICITADO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

OSTEOMIOMIO ARTICULAR DE

22 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: **CIRURGIA**

23 - OCORRÊNCIA: **2**

24 - DATA DE SOLICITAÇÃO: **21/08/19**

25 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE E ASSISTENTE: **José A. Lopez Aguiar**

26 - DATA DE SOLICITAÇÃO: **21/08/19**

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS OU VIOLENCIA

27 - ENDEREÇO DE TRABALHO: **30**

28 - MUNICÍPIO DE TRABALHO: **BR**

29 - UF: **BR**

30 - CEP: **30**

31 - NOME DO EMPREGADOR: **30**

32 - NOME DA EMPRESA: **30**

33 - NOME DO EMPREGADO: **30**

34 - NOME DO EMPREGADO: **30**

35 - NOME DO EMPREGADO: **30**

36 - NOME DO EMPREGADO: **30**

37 - NOME DO EMPREGADO: **30**

38 - NOME DO EMPREGADO: **30**

39 - NOME DO EMPREGADO: **30**

40 - NOME DO EMPREGADO: **30**

41 - NOME DO EMPREGADO: **30**

42 - NOME DO EMPREGADO: **30**

43 - NOME DO EMPREGADO: **30**

44 - NOME DO EMPREGADO: **30**

45 - NOME DO EMPREGADO: **30**

46 - NOME DO EMPREGADO: **30**

47 - NOME DO EMPREGADO: **30**

48 - NOME DO EMPREGADO: **30**

49 - NOME DO EMPREGADO: **30**

50 - NOME DO EMPREGADO: **30**

51 - NOME DO EMPREGADO: **30**

52 - NOME DO EMPREGADO: **30**

53 - NOME DO EMPREGADO: **30**

54 - NOME DO EMPREGADO: **30**

55 - NOME DO EMPREGADO: **30**

56 - NOME DO EMPREGADO: **30**

57 - NOME DO EMPREGADO: **30**

58 - NOME DO EMPREGADO: **30**

59 - NOME DO EMPREGADO: **30**

60 - NOME DO EMPREGADO: **30**

61 - NOME DO EMPREGADO: **30**

62 - NOME DO EMPREGADO: **30**

63 - NOME DO EMPREGADO: **30**

64 - NOME DO EMPREGADO: **30**

65 - NOME DO EMPREGADO: **30**

66 - NOME DO EMPREGADO: **30**

67 - NOME DO EMPREGADO: **30**

68 - NOME DO EMPREGADO: **30**

69 - NOME DO EMPREGADO: **30**

70 - NOME DO EMPREGADO: **30**

71 - NOME DO EMPREGADO: **30**

72 - NOME DO EMPREGADO: **30**

73 - NOME DO EMPREGADO: **30**

74 - NOME DO EMPREGADO: **30**

75 - NOME DO EMPREGADO: **30**

76 - NOME DO EMPREGADO: **30**

77 - NOME DO EMPREGADO: **30**

78 - NOME DO EMPREGADO: **30**

79 - NOME DO EMPREGADO: **30**

80 - NOME DO EMPREGADO: **30**

81 - NOME DO EMPREGADO: **30**

82 - NOME DO EMPREGADO: **30**

83 - NOME DO EMPREGADO: **30**

84 - NOME DO EMPREGADO: **30**

85 - NOME DO EMPREGADO: **30**

86 - NOME DO EMPREGADO: **30**

87 - NOME DO EMPREGADO: **30**

88 - NOME DO EMPREGADO: **30**

89 - NOME DO EMPREGADO: **30**

90 - NOME DO EMPREGADO: **30**

91 - NOME DO EMPREGADO: **30**

92 - NOME DO EMPREGADO: **30**

93 - NOME DO EMPREGADO: **30**

94 - NOME DO EMPREGADO: **30**

95 - NOME DO EMPREGADO: **30**

96 - NOME DO EMPREGADO: **30**

97 - NOME DO EMPREGADO: **30**

98 - NOME DO EMPREGADO: **30**

99 - NOME DO EMPREGADO: **30**

100 - NOME DO EMPREGADO: **30**

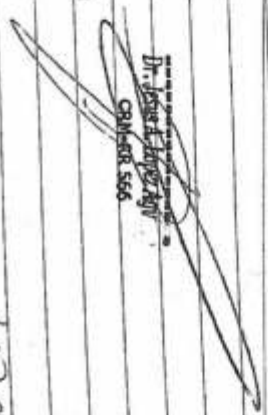
21/8/19

03080/2019
5513 T068
V299



Grisson da Silva Rodrigues. 22

22 NOV. 2019

UNIDADE/SETOR:	QUARTO:	LEITO:	Nº REGISTRO
UNIDADE/SETOR: <u>ICU</u> NOME DO PACIENTE: <u>JENISSON DA SILVA RODRIGUES BARREIRA</u> PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS: <u>Dr. Jem</u>			
DATA/HORA:	PRESCRIÇÃO:	HORÁRIO:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM: OBSERVAÇÕES:
21/08/14	1 1/2 Diete livre	3m15s	
	2 1/2 Sculp Sefinido por	manhã	
6:00 Dextro 500mg/100ml	3 1/2 Dipirona 2x 662 50	sn A	
	4 1/2 Filatru 200 12/12	02:04	
	5 1/2 Onepromo 400 10/12	06	
	6 1/2 CPU	Rodney	
	7 1/2 An Bloco	NIR	
 Dr. Jem CRM-SP 566			

112 - 1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	21/08/2019	DN	25/08/1991
PACIENTE	JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE				
AGNÓSTICO	FRAT-LUX DE GALLEAZZI DIREITO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE	27	LEITO		DATA	20/08/2019
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				6h
2	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				6h
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 H S/N				6h
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				6h
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				6h
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				6h
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				6h
10	CURATIVO DIÁRIO				6h
11	SSVV + CCGG 6/6 H				6h
12					
13					
14					
16					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	140/90	64	-	37.0
12 H	115x85	80		36.3
18 H				
24 H	132/73	69		35.6

Dr. Odinachi Okemiri
Médico
CRM/RR 1851

AO BLOCO

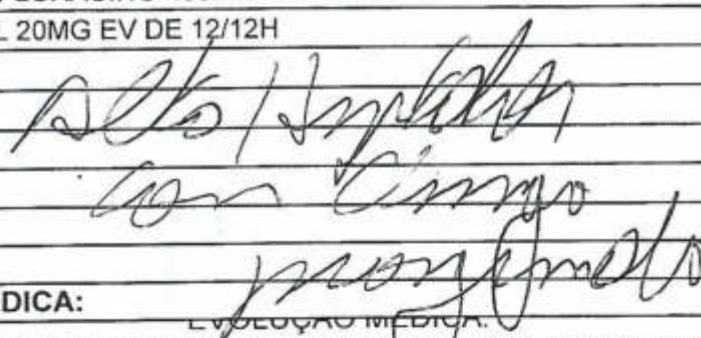
07-13h - Paciente no leito, L.O.T.E, sem queixas.
Segue sob cuidados da equipe.

Kenany S. Vasconcelos
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 1.248.366

22 NOV. 2019

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA						
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA						
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO				DIH	21/8/19	DN 25/08/1991
PACIENTE	JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE					
AGNÓSTICO	FX DE GALEAZZI D					
ALERGIAS		HAS	SIM	DM2		
IDADE	25	LEITO	112-1	DATA	23/08/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N					
8	DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H SN					
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA					
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
11	SSVV + CCGG 6/6 H					
12	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN					
13	OMEPAZOL 40MG VO 1X AO DIA					
15	CURATIVO DIÁRIO					
16	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA					SUSPENSO
17	CLINDAMICINA 600MG EV DE 6/6H					SUSPENSO
18	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H					SUSPENSO
19	TILATIL 20MG EV DE 12/12H					
20						
EVOLUÇÃO MÉDICA:						
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE						
# EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, COM PULSOS PERIFERICOS PRESERVADOS , EM USO DE TALA EM MSD.						
# SOLICITADO :						
# CONDUTA : MANTIDA						
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :						
# PREVISÃO DE ALTA :						
SINAIS VITAIS						
6 H	PA	FC	FR			
12 H						
18 H						
24 H						

22 NOV. 2019

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA						
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA						
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO			DIH	21/8/19	DN	25/08/1991
PACIENTE JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE						
AGNÓSTICO FX DE GALEAZZI D						
ALERGIAS		HAS	SIM	DM2		
IDADE	25	LEITO	112-1	DATA	23/08/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N					
8	DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H SN					
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA					
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
11	SSVV + CCGG 6/6 H					
12	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN					
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA					
15	CURATIVO DIÁRIO					
16	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA					SUSPENSO
17	CLINDAMICINA 600MG EV DE 6/6H					SUSPENSO
18	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H					SUSPENSO
19	TILATIL 20MG EV DE 12/12H					
20						
						
EVOLUÇÃO MÉDICA:						
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, COM PULSOS PERIFERICOS PRESERVADOS, EM USO DE TALA EM MSD. # SOLICITADO : # CONDUTA : MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA : # PREVISÃO DE ALTA :						
SINAIS VITAIS						
6 H	PA	FC	FR			
12 H						
18 H						
24 H						

22 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 Perimon do S. do Roraima 21 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 21/8/19, COM
DIAGNÓSTICO DE fratura do 5º dedo

NO DIA 1 / 1 / 1, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
SENDO

T. Branco
OPERADO PELO DR. Dr. Augusto Cavalcante E DR. Dr. Augusto Cavalcante

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 1 / 1 / 1, ÀS 1 EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 1 / 1 / 1, ÀS 1, COM O
DR. Dr. Augusto Cavalcante
Dr. Augusto Cavalcante

ORIENTAÇÕES GERAIS :

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

HOSPITAL GERAL de Roraima
Av. Brig. Eduardo Guimaraes, 1.500
Novo Planalto - 69061-900 - RORAIMA

AUTENTICAÇÃO
20/08/2019

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Especialista
Ortopedia e Traumatologia

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

23/8/19

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Especialista
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1964

BOA VISTA, 1 / 1 / 1

22 NOV. 2019

MÉDICO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR2 - CNES
231965-9
4 - CNES
231965-9

BLOCO D

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE6 - Nº DO PRONTUÁRIO
001745807 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
7089047507765158 - DATA DE NASCIMENTO
25/08/19919 - SEXO
1 - Masculino10 - RAÇA / COR
PARDA

11 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE
ANA DA SILVA RODRIGUES12 - TELEFONE DE CONTATO
(95) 91840-067013 - NOME DO RESPONSÁVEL
JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE14 - TELEFONE DE CONTATO
(95) 91840-0670

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA: OIAKA - 46 - - TREZE DE SETEMBRO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
BOA VISTA17 - COD. IBGE MUNICÍPIO, 18 - UF
140010 RR19 - CEP
69.306-160

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Ponto de fratura - laceração de
faleiros (1)

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Internar.

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

Histórico + Exame físico + Radiológico

fratura - laceração de faleiros (1)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRIMÁRIO

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA
CIRURGIA GERAL30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
ELETIVO31 - DOCUMENTO
C. N. S.32 - Nº. DO DOCUMENTO (CCNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE
980016282732587Dr. Odinachi Okenim
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 18541333 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE
DALSON DENIS DA SILVA FEITOSA34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
08/09/2019

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO37 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO38 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº. DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ DA EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO☐ EMPREGADOR☐ AUTÔNOMO☐ DESEMPREGADO☐ APOSENTADO☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CDD. ORGÃO EMISSOR

52 - Nº. DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº. DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

☐ CNS ☐ CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)

11

0308010019-1022

AS 16:45h.

22 NOV. 2019

cirurgia supurativa pelo metoprolol com
paralisação na 50 por falta de material de síntese
(parafusos nº 16 e 18)

DN 25.08.91

PRÉ-ANESTÉSICO

Nome <u>Trinilson da Silva Rodrigues Brasil</u> Enf. <u>106</u>		Leito <u>3</u>	Serv. <u>3</u>
Sexo <u>masculino</u>	Cor <u>br</u>	Idade <u>28</u>	Peso <u>70</u> Alt. <u>1.70</u> Classe <u>1</u> Data <u>25/08/91</u> Hora <u>13.30</u>
Diagn. Pré-OP <u>fratura do rádio D</u>		Patrol Assoc. <u>ninguém com mordedões</u>	
Cé. Proposta <u>osteossintese de rádio D</u>		3	
Anest. Ant. <u>sem drogas prévias</u>		Sangue Tipo <u>F</u> Leuc. <u>9.15 x 10⁹</u> Hb. <u>13.70</u>	
Alergia <u>disenteria</u>		Hm <u>139 x 10⁹</u> lc <u>15</u> Is <u>15</u> p. Leuc. <u>15</u>	
Alcool <u>0</u> Fumo <u>0</u>		r. Coag. <u>251.000</u> Uréia <u>48.69</u>	
DROGAS (Corticóide, fentiazina, hipotensor, narcótico, hipotico, digitalico, anticoagulante, diurético, antibiótico, sulfá, casopressor, IMAO, outros) <u>não faz uso de nenhum medicamento</u>		creat. <u>2.42</u> Glic. <u>90.20</u> Na <u>135</u> mEq/l	
Estado Mental <u>LOTE</u> Boca <u>Hollampati 1</u>		mEq/lk <u>135</u> mEq/lpH <u>7.38</u> pO2 <u>100</u>	
Peleção <u>boa mobilidade</u> Venas <u>HSE J18</u>		pCO2 <u>38</u> BA <u>38</u> BB <u>38</u> BS <u>38</u> BF <u>38</u>	
RX <u>0</u>		URINA (l) <u>0</u> pH <u>7</u> glic <u>0</u> Alb <u>0</u>	
Feses <u>0</u>		Sedim <u>0</u>	
Hepatograma <u>TGO 32.33 TGP 53.88</u>		Ap. gen. Ur. <u>Pulmões limpos. Sem ruídos adventícios</u>	
Outros <u>0</u>		AP Reto <u>RCR 2T BNF</u>	
Parâmetro Clínico <u>0</u>		AP Circ <u>NDH</u>	
PA <u>0</u> Pulso <u>0</u> Temperatura <u>0</u>		AP Digl <u>NDH</u>	
		S. Osteo - Art <u>movto livre</u>	
		S. Nerv <u>NDH</u>	
		S. Endoc <u>NDH</u>	
		Eal. Fis (ASA) <u>0</u> AN Proposta <u>0</u>	
		NB <u>0</u>	
		Assinatura <u>Dr. Marisa Pinto</u> Anestesiologista CRM/RR - 308	

PÓS-ANESTÉSICOS

NA SALA DE RECUPERAÇÃO

NA ENFERMARIA

Data <u>25.08.91</u> Hora <u>13.30</u>		Data <u>25.08.91</u> Hora <u>13.30</u>	
<u>200g 21.08</u>		<u>1AP 12</u>	
<u>11PA 31.90</u>		<u>RNI 0.25</u>	
<u>11PA 31.90</u>		<u>11PA 31.90</u>	
Assinatura <u>0</u>		Assinatura <u>0</u>	

22 NOV. 2019

Nome: Josmar da Silva Reis Barbe
Data de Nascimento: 23/08/1991 Idade: 28 Setor/Leito: 09/19
Termo de Consentimento Cirúrgico: () Sim () Não Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				INTRA-OPERATÓRIO				SRPA							
Cirurgia Proposta:				Anestesia				Cirurgia				Sinais Vitais			
Entrada na Sala				Início da Anestesia				Início da Cirurgia				Término da Anestesia			
Cirurgia Realizada: <u>8:15</u>				Anestesia				Localização				Horário			
Cirurgia Realizada: <u>Colossintese de</u>				Anestesia				Localização				Horário			
Cirurgia Realizada: <u>Fratura de</u>				Anestesia				Localização				Horário			
Cirurgia Realizada: <u>Gallegos</u>				Anestesia				Localização				Horário			
Cirurgia Realizada: <u>Hidratação Infundida</u>				Anestesia				Localização				Horário			
SF 0,9%:				Nome:				CH:				Plasma:			
SG 5%:				Dose:				CH:				Plasma:			
Outros:				Hora:				Plasma:				Plasma:			
Nº de Compressas oferecidas:				Nº de Compressas recolhidas:				Anatomia Patológica:				Anatomia Patológica:			
Nº de Compressas oferecidas:				Nº de Compressas recolhidas:				Anatomia Patológica:				Anatomia Patológica:			
Exames na SG:				Exames na SG:				Exames na SG:				Exames na SG:			
() Ht () Hb () Hemograma () RX				() Ht () Hb () Hemograma () RX				() Ht () Hb () Hemograma () RX				() Ht () Hb () Hemograma () RX			
() Gasometria () Outros:				() Gasometria () Outros:				() Gasometria () Outros:				() Gasometria () Outros:			
Legenda:				Legenda:				Legenda:				Legenda:			
1. Eletrodos				1. Eletrodos				1. Eletrodos				1. Eletrodos			
2. Oxímetro				2. Oxímetro				2. Oxímetro				2. Oxímetro			
3. Mangito PA				3. Mangito PA				3. Mangito PA				3. Mangito PA			
4. Placa de Bisturi				4. Placa de Bisturi				4. Placa de Bisturi				4. Placa de Bisturi			
5. Incisão				5. Incisão				5. Incisão				5. Incisão			
6. Cateter O2				6. Cateter O2				6. Cateter O2				6. Cateter O2			
7. Venoclise				7. Venoclise				7. Venoclise				7. Venoclise			
8. Dreno				8. Dreno				8. Dreno				8. Dreno			
9. SNG/SNE				9. SNG/SNE				9. SNG/SNE				9. SNG/SNE			
10. Garrote				10. Garrote				10. Garrote				10. Garrote			
11. TOT () Não () Sim N°				11. TOT () Não () Sim N°				11. TOT () Não () Sim N°				11. TOT () Não () Sim N°			
12. SVD () Não () Sim N°				12. SVD () Não () Sim N°				12. SVD () Não () Sim N°				12. SVD () Não () Sim N°			
13. Outros:				13. Outros:				13. Outros:				13. Outros:			
Sinais Vitais: Saída da SO				Sinais Vitais: Saída da SO				Sinais Vitais: Saída da SO				Sinais Vitais: Saída da SO			
T °C				T °C				T °C				T °C			
R rpm				R rpm				R rpm				R rpm			
FC bpm				FC bpm				FC bpm				FC bpm			
PA mmHg				PA mmHg				PA mmHg				PA mmHg			
SAT %				SAT %				SAT %				SAT %			
() Regular () Irregular				() Regular () Irregular				() Regular () Irregular				() Regular () Irregular			
Destino: () SRPA () UTI () outros:				Destino: () SRPA () UTI () outros:				Destino: () SRPA () UTI () outros:				Destino: () SRPA () UTI () outros:			

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome: Samuel da Silva R. BrachsteinAssinatura: MarinaLocal: Departamento de AnestesiaData: 22/11/2019Paciente: Samuel da Silva R. Brachstein

Identificação:

☐ Identificação☐ Sítio Cirúrgico☐ Procedimento☐ Consentimento

Risco Cirúrgico

☐ Aplicar☐ Não se Aplica

Risco de Morte

☐ Sim☐ Não se Aplica

Verificação de Segurança Anestésica Concluída

Oxímetro de pulso no paciente em funcionamento

O paciente possui:

Alergia conhecida

☐ Não☐ Sim, Qual:

Via aérea difícil/risco de aspiração

☐ Não☐ Sim, e equipamento/assistência disponível

Risco de perda sanguínea > 500 ml

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

Assinatura

Hora:

Paciente: Samuel da Silva R. BrachsteinAssinatura: MarinaConfirmar que todos os membros da equipe se apresentaram pelo nome e função: ☐ Sim ☐ Não

Cirurgião, Anestesiologista e Enfermeiro confirmaram verbalmente:

☐ Identificação do paciente☐ Sítio cirúrgico☐ Procedimento

Eventos críticos preventivos:

☐ Revisão do cirurgião:

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

☐ Revisão da equipe de anestesia:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☐ Revisão da equipe de enfermagem:

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

A profilaxia antimicrobiana foi

realizada nos últimos 60 minutos.

☐ Não se aplica☐ Sim,

Qual:

Hora:

As imagens essenciais estão disponíveis.

☐ Sim☐ Não se aplicaPaciente: Samuel da Silva R. BrachsteinAssinatura: Marina

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

☐ Sim ☐ Não

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

☐ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplicam

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

☐ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

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

Assinatura e Carimbo

22 NOV. 2019

Transmissão Dr SIM Koon Fe Rubeo
m na ca 7 Maca 7

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	GABRIELA NA SILVA NOVA				
AGNÓSTICO	FRATURA ALTO				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	h/c/a	DATA	09/11/19	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SUS
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				SUS
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				12
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				5h
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				14:00
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				10:00
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				10:00
10	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H				10:00
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				10:00
12					
13					
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SUS
17	SSVV + CCGG 6/6 H				10:00
18	CURATIVO DIÁRIO				10:00
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
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RB 566

SINAIS VITAIS				
6 H	120x84	FC 60	FR 14	36.9
12 H	158x77	55		36.0
18 H	137x84	60	-	35.5
24 H	124x74	70	14	36.0

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

22 NOV. 2019



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

Nome: Junilson da Silva

EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

DATA
HORA

09/09/19 de 08:45 EVOLUÇÃO

* Ortopedia

Paciente com fratura de pé direito (Galeazzi) com
indicções de tratamento cirúrgico (osteossíntese). Já tem
procedimento cirúrgico impedito por falta de material ortopé-
dico (parafusos 16 e 18)

CD: Dieta Oral livre
Ao Bloco

Dr. Fernando Rezende

ASSINATURA:

22 NOV. 2019

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F									
Bloco:	Data:	Enfermária:	Leito:						
Nome Completo:		DN: / /	Sexo:	☐ F	☐ M				
Hipótese Diagnóstica:									
Isolamento ou Precaução: ☐ Sim ☐ Não ☐ Padrão ☐ Contato ☐ Gotícula - aerossol ☐ Gotícula - perdigotos									
Alergia: ☐ Sim ☐ Não Qual (is):									
Necessidade de Intérprete? ☐ Sim ☐ Não Qual idioma:									
Possui acompanhante: ☐ Sim ☐ Não Obs:									
Deambulação: ☐ Normal ☐ Sem deambulação ☐ Acamado ☐ Cadeira de rodas ☐ Fraca ☐ Comprometida/cambaleante									
SISTEMA NEURÓLOGO ☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Sedado ☐ Torpido ☐ Comatoso ☐ Agitado ☐ Reage a estímulos ☐ Não reage					SISTEMA CARDIOVASCULAR ☐ Normocárdico ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico BC: _____ ☐ Normotenso ☐ Hipotenso ☐ Hipertenso PA: _____ ☐ Pulso Cheio ☐ Filiforme ☐ Arritmico Pulso: _____				
PUPILAS ☐ Fotorreagente ☐ Mídicas ☐ Midríatica ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Não reagentes					ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL ☐ VO ☐ SNG/SOG ☐ SNE/SOE ☐ GTT ☐ NPT Aceitação da dieta: ☐ Sim ☐ Não ☐ Parcial Evacuações: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Colostomia ☐ Normal ☐ Diarreia ☐ Constipação ☐ Mela Flatos: ☐ Presente ☐ Ausente				
REGULAÇÃO TÉRMICA ☐ Afebril ☐ Hipotérmico ☐ Hipertérmico ☐ Febril ☐ Febre ☐ Pirexia ☐ Hiperpirexia					REGULAÇÃO ABDOMINAL ☐ Normotenso ☐ Distendido ☐ Globoso ☐ Flácido ☐ Ascítico ☐ Maciço ☐ Timpânico Ruidos Hidroaéreos: ☐ Presente ☐ Ausente Visceromegalias: ☐ Sim ☐ Não FO: ☐ Sim ☐ Não				
CARACTERÍSTICAS DA PELE ☐ Hidratada ☐ Desidratada ☐ Ressecada ☐ Normocorada ☐ Hipocorada ☐ Hiperacorada ☐ Anictérica ☐ Ictérica ☐ Cianótica ☐ Acianótica ☐ Edema Local: _____ Úlcera por pressão: ☐ Sim ☐ Não Região: _____ Curativo realizado: ☐ Sim ☐ Não FO: ☐ SIM ☐ NÃO					SISTEMA URINÁRIO / DIURESE ☐ Espontânea ☐ SVD ☐ Anúria ☐ Oligúria ☐ Poliúria ☐ Disúria ☐ Colúria ☐ Hematúria ☐ Cistostomia ☐ Irrigação contínua ☐ Uropen				
SISTEMA RESPIRATÓRIO ☐ Eupneico ☐ Bradipneico ☐ Taquipneico ☐ Dispneico ☐ Ar ambiente ☐ Traqueostomia Oxigenoterapia: ☐ Sim ☐ Não Qual: _____									
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES Cateter Periférico: ☐ Sim ☐ Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____ Cateter Central: ☐ Sim ☐ Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____ Sinais de Infecção no sítio da punção: ☐ Sim ☐ Não Sondas: ☐ Sim ☐ Não ☐ SNG ☐ SOG ☐ SNE ☐ SOE ☐ GTT Lavagem ☐ Sifonagem Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____ Cateter Vesical: ☐ Sim ☐ Não Data da instalação: _____ Trocar em: _____ Prótese: ☐ Sim ☐ Não Tipo: _____ Local: _____									
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM									
☐ Deglutição Prejudicada ☐ Risco de infecção ☐ Risco de nutrição desequilibrada ☐ Risco de glicemia instável ☐ Risco de desequilíbrio do volume ☐ Volume de líquidos excessivo ☐ Volume de líquidos deficiente			☐ Padrão respiratório ineficaz ☐ Ventilação espontânea prejudicada ☐ Mobilidade física prejudicada ☐ Risco de integridade da pele prejudicada ☐ Risco de desequilíbrio na temperatura corporal ☐ Padrão de sono prejudicado ☐ Déficit no autocuidado para Higiene			☐ Risco de Lesão por Pressão ☐ Risco de Quedas ☐ Risco de Broncoaspiração ☐ Eliminação urinária prejudicada ☐ Risco de constipação ☐ Comunicação deficiente			
Escala de Morse									
1. Histórico de Queda		4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado							
Não	0	Não	0						
Sim	25	Sim	20						
2. Diagnóstico Secundário		5. Marcha/Deambulação							
Não	0	Normal/Sem deambulação/Acamado	0						
Sim	15	Fraca	10						
3. Auxílio na Deambulação		Comprometida/Cambaleante							
Nenhum/Acamado/Auxiliado	0	6. Estado Mental	0						
Muleta/Bengala/Andador	15	Orientado/limitado/conhece as limitações	0						
Mobiliário Parede	30	Superestima capacidade/Esquece limitação	15						
TOTAL:		Risco Baixo: 0 - 24		Risco Médio: 25 - 44		Risco Alto: maior que 45			
Prescrição para prevenção de queda no verso									

22 NOV. 2019



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		25/08/1991	
PACIENTE		JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE					
DIAGNÓSTICO		FRATURA-LUX DE GALLEAZZI DIREITO					
ALERGIAS		HAS		DM2			
IDADE		28		LEITO		MACA 7	
DATA		10/09/2019					
ITEM							HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE						SIV
2	AVP						month
3	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N						
4	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						Siv
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N						20x 9
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA						06
7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N						Siv
8	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR						
9	CURATIVO DIÁRIO						M
10	SSVV + CCGG 6/6H						Edma
11							
12							
13							
14							
15							
16							
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, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM
ALTERAÇÕES

IL,

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO,
AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUTA; MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	130x80	67	20	36,3°C
18 H	139/93	66		35,9°C
24 H	151x91	62		36°C

26

116x75

65

34,7°C

Dr. Odinachi Okenii
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1851/PP

22 NOV. 2019

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F**

Bloco:	Data:	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo:	DN: / /	Sexo:	() F () M
Hipótese Diagnóstica:			
Isolamento ou Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Götica - aerossol () Götica - perdigotos			
Alergia: () Sim () Não Qual (is):			
Necessidade de Intérprete? () Sim () Não Qual idioma:			
Possui acompanhante: () Sim () Não Obs:			
Deambulação: () Normal () Sem deambulação () Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante			
SISTEMA NEURÓLOGO		SISTEMA CARDIOVASCULAR	
() Consciente () Orientado () Desorientado	() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico	BC:	
() Sedado () Torporoso () Comatoso	() Normotenso () Hipotenso () Hipertenso	PA:	
() Agitado () Reage a estímulos () Não reage	() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico	Pulso:	
PUPILAS		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL	
() Fotorreagente () Mídicas () Midríatica	() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT () NPT		
() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes	Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial		
REGULAÇÃO TÉRMICA		Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia	
() Afebril () Hipotérmico () Hipertérmico	() Normal () Diarreia () Constipação () Melena		
() Febril () Febre () Pirexia	Flatos: () Presente () Ausente		
CARACTERÍSTICAS DA PELE		REGULAÇÃO ABDOMINAL	
() Hidratada () Desidratada () Ressecada	() Normotenso () Distendido () Globoso () Flácido		
() Normocorada () Hipocorada () Hipercoorada	() Ascítico () Maciço () Timpânico		
() Anictérica () Ictérica () Clanótica	Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente		
() Acianótica () Edema Local:	Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não		
Úlcera por pressão: () Sim () Não	SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		
Região:	() Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria		
Curativo realizado: () Sim () Não FO: () SIM () NÃO	() Poliúria () Disúria () Colúria () Hematúria		
SISTEMA RESPIRATÓRIO			
() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia			
Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual:			
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES			
Cateter Periférico: () Sim () Não Local: Data: Trocar em:			
Cateter Central: () Sim () Não Local: Curativo realizado em: Trocar em:			
Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não			
Sondas: () Sim () Não () SNG () SOG () SNE () SOE () GTT () Lavagem () Sifonagem			
Dreno de: Aspecto da secreção: Quantidade:			
Cateter Vesical: () Sim () Não Data da instalação: Trocar em:			
Prótese: () Sim () Não Tipo: Local:			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
() Deglutição Prejudicada () Padrão respiratório ineficaz () Risco de Lesão por Pressão			
() Risco de Infecção () Ventilação espontânea prejudicada () Risco de Quedas			
() Risco de nutrição desequilibrada () Mobilidade física prejudicada () Risco de Broncoaspiração			
() Risco de glicemia instável () Risco de integridade da pele prejudicada () Eliminação urinária prejudicada			
() Risco de desequilíbrio do volume () Risco de desequilíbrio na temperatura corporal () Risco de constipação			
() Volume de líquidos excessivo () Padrão de sono prejudicado () Comunicação deficiente			
() Volume de líquidos deficiente () Déficit no autocuidado para Higiene			
Escala de Morse			
1. Histórico de Queda	4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado		
Não 0	Não 0		
Sim 25	Sim 20		
2. Diagnóstico Secundário	5. Marcha/Deambulação		
Não 0	Normal/Sem deambulação/Acamado 0		
Sim 15	Fraca 10		
3. Auxílio na Deambulação	Comprometida/Cambaleante 20		
Nenhum/Acamado/Auxiliado 0	6. Estado Mental		
Muleta/Bengala/Andador 15	Orientado/limitado/conhece as limitações 0		
Mobiliário Parede 30	Superestima capacidade/Esquece limitação 15		
TOTAL: Risco Baixo: 0 - 24 Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior que 45			
Prescrição para prevenção de queda no verso			



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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

HGR
Hospital Geral
de Roraima

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	25/08/1991
PACIENTE	JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE				
DIAGNÓSTICO	FRATURA-LUX DE GALLEAZZI DIREITO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	28	LEITO	MACA 7	DATA	11/09/2019
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
4	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				
9	CURATIVO DIÁRIO				
10	SSVV + CCGG 6/6H				
11					
12					
13					
14					
15					
16					
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, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM
ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO,
AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO
CONDUTA; MANTIDA

IL,

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

Dr. Marcos Aguiar
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1555

Alto Hospital CI programado
cirurgia pelo NTD.

22 NOV. 2019

ATA 03



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Jerisson Da Silva Paques Brashe, 18 ANOS,
 DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 20/09/19, COM
 DIAGNÓSTICO DE Fratura de fêmur: (D)

NO DIA 20/09/19, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Osteossíntese de fêmur direito com placa (D) SENDO
 OPERADO PELO DR. Dalson E DR. Marcelo A

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 21/09/19, ÀS 12,00h, EM
 BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
 CORONEL MOTA NO DIA 09/10/19, ÀS 9,30h, COM O
 DR. Dalson

Agendar na Paqueta 402

ORIENTAÇÕES GERAIS :

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

Dr. Odinachi Okemii
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRP: 1851/RR

BOA VISTA, 20/09/19

MÉDICO

22 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 Jessson Da Silva Rodrigues Brashe, 18 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 22/09/19, COM
DIAGNÓSTICO DE Fratura de fêmur (12)

NO DIA 20/09/19, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Osteossíntese da fratura de fêmur (12) SENDO
OPERADO PELO DR. Dalson E DR. Marcos A

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 21/09/19, ÀS 12,00h, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 09/10/19, ÀS 9,30h, COM O
DR. Dalson

ORIENTAÇÕES GERAIS :

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

22 NOV. 2019

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

Dr. Odinaí Okemii
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1851/RP

BOA VISTA, 20/09/19

MÉDICO



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

Paciente: Jerisson Da Silva Rodrigues Brashe	Sexo: Masculino	Nasc: 25/08/1991	Idade: 27 ANO
Solicitação: 20121137	Número Interno:	Solicitante:	
Origem: HGR	Setor: GRANDE TRAUMA	Leito: ÁREA VERMELHA	
Data de Emissão: 21/08/2019 01:45	Recebimento:		

Resultado de Exame

Amostra: 2012113702

COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: PLASMA

Métodologia: M33 - Automatizado (destiny Plus)

	Resultado	Referência
TEMPO DE PROTROMBINA	12,00 seg	10.0 - 14.0 seg
RNI	0,85	0.8 - 1.2
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	31,90 seg	25.0 - 39.0 seg
RATIO	1,17	0.75 - 1.22

Notas

Ócleo de Laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios do coagulograma e por essa razão não pode garantir a etapa pré-analítica.

Amostras coletadas sob circunstância estressantes ou não conformes podem produzir resultados não coerentes com a clínica do paciente.

22 NOV. 2019

Salete P. de Almeida
Bioquímica
CRF - 018

Responsável Técnico: Reinaldo Eduardo Costa Júnior - Responsável Técnico - CRF - RR 122

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

11/09/2019 09:15

(*) Retificado

Página 1 de 1



Hospital Geral de Roraima
0xx95) 2121 0640
E-mail: hgrlab@yahoo.com.br
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 -
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO
DO HGR

SESAU
SISTEMA DE SAÚDE



GOVERNO
DE RORAIMA
GOVERNADOR
ALAN MELO

Paciente: Jerisson Da Silva Rodrigues Brashe Sexo: Masculino Nasc: 25/08/1991 Idade: 27 ANO
Solicitação: 20121137 Número Interno: Solicitante:
Origem: HGR Setor: GRANDE TRAUMA Leito: ÁREA VERMELHA
Data de Emissão: 21/08/2019 01:45 Recebimento:

Resultado de Exame

Amostra: 2012113701

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Metodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

LEUCOGRAMA

	Resultado	Referência
LEUCÓCITOS	9.15 x10 ³ /uL	4.0 - 10.0 x10 ³ /uL
NEUTRÓFILOS	58.80 %	50.0 - 70.0 %
LINFÓCITOS	29.90 %	20.0 - 40.0 %
MONÓCITOS	7.20 %	3.0 - 12.0 %
EOSINÓFILOS	3.20 %	0.5 - 5.0 %
BASÓFILOS	0.90 %	0.0 - 1.0 %

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	4.39 x10 ⁶ /uL	4.32 - 5.52 x10 ⁶ /uL
HEMOGLOBINA	13.70 g/dL	13.5 - 18.0 g/dL
HEMATÓCRITO	40.70 %	40.0 - 50.0 %
VCM	92.60 ug/L	87.0 - 103.0 ug/L
HCM	31.20 pg	27.0 - 34.0 pg
CHCM	33.70 g/dL	32.0 - 37.0 g/dL
RDW CV	11.80 %	11.0 - 16.0 %
RDW SD	46.20 fL	35.0 - 56.0 fL

PLAQUETOGRAMA

PLAQUETAS	251.00 x10 ³ /uL	150.0 - 400.0 x10 ³ /uL
VPM	9.80 fL	6.5 - 12.0 fL
ADP	16.10	9.0 - 17.0
PCT	0.247 %	1.08 - 2.82 %



Salete P. de Almeida
Bioquímica
CRF - 018

22 NOV. 2019

Responsável Técnico: Reinaldo Eduardo Costa Júnior - Responsável Técnico - CRF - RR 122
Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

11/09/2019 09:15

(*) Ratificado
Página 1 de 2



Hospital Geral de Roraima
06x95) 2121 0840-
E-mail: hgrlab@yahoo.com.br
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 -
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO
DO HGR

SESAU



GOVERNO
DE RORAIMA

Paciente: Jerisson Da Silva Rodrigues Brashe	Sexo: Masculino	Nasc: 25/08/1991	Idade: 27 ANO
Solicitação: 20121137 Número Interno:	Solicitante: 		
Origem: HGR	Setor: GRANDE TRAUMA	Leito: ÁREA VERMELHA	
Data de Emissão: 21/08/2019 01:45	Recebimento:		

Resultado de Exame

DETERMINAÇÃO DO GRUPO SANGÜÍNEO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M29 - Aglutinação

GRUPO SANGÜINEO

	Resultado	Referência
ABO	" O "	Sem Referência
RH	POSITIVO	Sem Referência

Notas

Resultados de RH Negativos expressos pela técnica de aglutinação devem ser confirmados.

22 NOV. 2019



Salete P. de Almeida
Bioquímica
CRF - 018

Responsável Técnico: Reinaldo Eduardo Costa Júnior - Responsável Técnico - CRF - RR 122

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

11/09/2019 09:15

(*) Retificado

Página 2 de 2



Hospital Geral de Roraima
0xx95) 2121 0640-
E-mail: hgrlab@yahoo.com.br
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3305 -
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO
DO HGR

SESAU
SECRETARIA DE SAÚDE



GOVERNO
DE RORAIMA



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMÔNIO DOSS BRASILEIROS"

Paciente: Jerisson Da Silva Rodrigues Brashe

Sexo: Masculino

Nasc: 25/08/1991

Idade: 27 ANO

Solicitação: 20121137

Número Interno:

Solicitante:

Origem: HGR

Setor: GRANDE TRAUMA

Leito: ÁREA VERMELHA

Data de Emissão: 21/08/2019 01:45

Recebimento:

Resultado de Exame

Amostra: 2012113703

DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO

Métodologia: M11 - Cinético Picrato Alcalino

CREATININA

Resultado

2.42 mg/dL

Referência

0.7 - 1.4 mg/dL

Notas

A creatinina deve ser analisada preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda se um jejum mínimo de 4 horas.

DOSAGEM DE GLICOSE EM JEJUM

Material: SORO

Métodologia: M01 - Enzimático Colorimétrico (glicose-oxidase)

GLICOSE BASAL

Resultado

90.20 mg/dL

Referência

60.0 - 99.0 mg/dL

DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO

Métodologia: M17 - Cinético Uv (urease)

URÉIA

Resultado

48.69 mg/dL

Referência

15.0 - 40.0 mg/dL

22 NOV. 2019

Thatiane Reis
Farmacêutica - Bioquímica
CRF-RR 107

Responsável Técnico: Reinaldo Eduardo Costa Júnior - Responsável Técnico - CRF - RR 122

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

11/09/2019 09:15

(*) Retificado

Página 1 de 1



Hospital Geral de Roraima
0xx95) 2121 0640
E-mail: hgrlab@yahoo.com.br
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3305 -
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO
DO HGR

SESAU
SECRETARIA DE SAÚDE



GOVERNO
DE RORAIMA
GOVERNADOR: ROBERTO ALVES



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	20/09/2019	DN	25/08/1991
PACIENTE	JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE				
DIAGNÓSTICO	FRATURA DE GALLEAZZI DIREITO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	18	LEITO	MACA 3	DATA	21/09/2019
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	CEFTAZIDIMA 1G EV 8/8H				
4	TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6H				
13					
14					
15					
16					
	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, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM
ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO,
AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO
CONDUTA; MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H				
24 H				

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1851/RR

22 NOV. 2019

MACA 3

 GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
	SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
	SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
	PRESCRIÇÃO MÉDICA			



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE JERISSON DA SILVA					
AGNÓSTICO FX ANTEBRAÇO D					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	MACA3	DATA	10/09/2019
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA LIVRE				SN
2	AVP				manter
4	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SN
5	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H				22 06
6	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H				18 24
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
8	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SN
9	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O				06
10	CURATIVO DIÁRIO				m
11	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
12	SF 0,9% 500ML EV 12/12H				18 06
13					
14					
15					
16					
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					

14 06 12

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

CONDUTA; MANTIDA

[Handwritten signature]

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H				
24 H				

22 NOV. 2019

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F			
Bloco:	Data: 20/03/13	Enfermária:	Leito:
Nome Completo: Jéssica da Silva	DN: 1	Sexo: () F () M	
Hipótese Diagnóstica:			
Isolamento ou Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos			
Alergia: () Sim () Não Qual (s):			
Necessidade de Intérprete? () Sim () Não Qual idioma:			
Possui acompanhante: () Sim () Não Obs:			
Deambulação: () Normal () Sem deambulação () Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante			
SISTEMA NEURÓLOGO () Consciente () Orientado () Desorientado () Sedado () Torpido () Comatoso () Agitado () Reage a estímulos () Não reage		SISTEMA CARDIOVASCULAR () Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico BC: _____ () Normotenso () Hipotenso () Hipertenso PA: _____ () Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico Pulso: _____	
PUPILAS () Fotorreagente () Mióticas () Midríaticas () Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL () VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT () NPT Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia () Normal () Diarreia () Constipação () Melena Flatos: () Presente () Ausente	
REGULAÇÃO TÉRMICA () Afebril () Hipotérmico () Hipertérmico () Febril () Febre () Pirexia () Hiperpirexia		REGULAÇÃO ABDOMINAL () Normotenso () Distendido () Globoso () Flácido () Ascítico () Maciço () Timpânico Ruídos Hidroaéreos: () Presente () Ausente Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não	
CARACTERÍSTICAS DA PELE () Hidratada () Desidratada () Ressecada () Normocorada () Hipocorada () Hipercoorada () Anictérica () Ictérica () Cianótica () Aclanótica () Edema Local: _____ Úlcera por pressão: () Sim () Não Região: _____ Curativo realizado: () Sim () Não FO: () SIM () NÃO		SISTEMA URINÁRIO / DIURESE () Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria () Poliúria () Disúria () Colúria () Hematúria () Cistostomia () Irrigação contínua () Uroopen	
SISTEMA RESPIRATÓRIO () Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual: _____			
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____ Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____ Sinais de infecção no sítio da punção: () Sim () Não Sondas: () Sim () Não () SNG () SOG () SNE () SOE () GTT () Lavagem () Sifonagem Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____ Cateter Vesical: () Sim () Não Data da instalação: _____ Trocar em: _____ Prótese: () Sim () Não Tipo: _____ Local: _____			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM () Deglutição Prejudicada () Padrão respiratório Ineficaz () Risco de Lesão por Pressão () Risco de infecção () Ventilação espontânea prejudicada () Risco de Quedas () Risco de nutrição desequilibrada () Mobilidade física prejudicada () Risco de Broncoaspiração () Risco de glicemia instável () Risco de integridade da pele prejudicada () Eliminação urinária prejudicada () Risco de desequilíbrio do volume () Risco de desequilíbrio na temperatura corporal () Risco de constipação () Volume de líquidos excessivo () Padrão de sono prejudicado () Comunicação deficiente () Volume de líquidos deficiente () Déficit no autocuidado para Higiene			
Escala de Morse 1. Histórico de Queda 4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado Não 0 Não 0 Sim 25 Sim 20 2. Diagnóstico Secundário 5. Marcha/Deambulação Não 0 Normal/Sem deambulação/Acamado 0 Sim 15 Fraca 10 3. Auxílio na Deambulação Comprometida/Cambaleante 20 Nenhum/Acamado/Auxiliado 0 6. Estado Mental Muleta/Bengala/Andador 15 Orientado/limitado/conhece as limitações 0 Mobiliário Parede 30 Superestima capacidade/Esquece limitação 15 TOTAL: Risco Baixo: 0 - 24 Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior que 45 Prescrição para prevenção de queda no verso			

22 NOV. 2019



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>Jerisson da Silva</i>					
AGNÓSTICO <i>fratura de tacho (D)</i>					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO		DATA	<i>20/09/19</i>	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manter.
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				<i>28-06-12</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				<i>06-0</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN <i>09</i>
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				SN <i>8</i>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				<i>27-06-14</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H <i>3 Sup 2012</i>				
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
13	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>Reb. n.3</i>
14	CURATIVO DIÁRIO				<i>curativa</i>
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
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # SOLICITADO: RX: # CONDUÇÃO: MANTIDA
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Odinachi Okemini
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 145.118

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H	<i>Tr. e de curativa</i>		

MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Bloco D
Mora 03

20/09/2019 paciente em alta, com curativa mantida sem evolução do tratamento
Dr. Okemini

22 NOV. 2019

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - INSTITUTO DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANÁLISE DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Edisson da SilvaCapacidade: Tratado Tratado

PACIENTE CONFIRMOU:

☒ Identificou☒ Sítio Cirúrgico☒ Procedimento☒ Consentimento☒ Sim ☐ Não

PULSO CIRÚRGICO

☒ Aplica ☐ Não se Aplica

PULSO DEMONSTRADO

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA

CONCLUIR

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM

FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☒ Não ☐ Sim, Qual:

A ÁREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não☐ Sim, e equipamento/sustentação disponível

RISCO DE ÁREA SANGÜÍNEA > 500 ml

☒ Não☐ Sim, e ac: 130 ar: 80 mmHg

para fluidos

Dr. Edisson da Silva CRM 2023

Assinatura

Data: 30/09/19Hora: 16:00

ANTES DA INCISÃO

Anestesista: Edisson da Silva

PACIENTE CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA

EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E

FUNÇÃO: ☒ Sim ☐ Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO

CONFIRMARAM VERBALMENTE:

☒ Identificação do paciente☒ Sítio cirúrgico☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☐ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da

operação e perda sanguínea prevista.

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e

outros estão presentes e dentro da validade de

esterilização (incluindo resultado do indicador). Há

questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer

preocupações: sem mais indicaçõesde esterilização no serviço

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI

REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Não se aplica☐ Sim,

Qual:

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim☐ Não se aplica

Assinatura e Carimbo

30 OUT. 2019



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIARCA DO BRASIL"
CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: Ortopedia	Procedimento Realizado: Ost. de Fixat. do Rádio Distal D	
Nome do Paciente: Jaiisson da Silva			Nº do Prontuário	Data 20.09.19
Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala 04	Circulante de Sala: Jaiwob + Isaac
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: pequenos fragmentos				

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima () Empresa (x)		Dados Adicionais:			
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	UNID.	QUANT.	MARCA	
	placa DCP 07 furos		1		
	parafuso cortical Nº 18		1		
	" " Nº 20		1		

MÉDICO CIRURGIÃO: Dr. Jaiisson 1º AUXILIAR: Dr. Marcelo (R)
INSTRUMENTADOR: Fagner

Dr. Odinochi Okemili
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 105.17111

SE VIA- PRONTUÁRIO DO PACIENTE
DE OME/CME

22 NOV. 2019

Nome: Grison da Silva

Data de Nasc: 25/08/1991 Idade: 27

Sector/Leito: Maca 03

Data: 20/09/19

Termo de Consentimento Cirurgia: () Sim () Não

Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				INTRA-OPERATÓRIO				SRPA											
Cirurgia Proposta:				Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia	Anestesia		Cirurgia	Sinais Vitais							
1. Informações:				15:59	16:25	16:40	17:37					Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRE-TE	DOR 0/10	
Jejum () Sim () Não				Cirurgia Realizada				Anestesia				Localização							
Prótese () Sim () Não				05 - F.A.T.				Gaxal				1. Sonda							
Exames () Sim () Não				Antebico								2. Curativo							
Reserva UTI () Sim () Não				Hidratação Infundida				Antibióticoterapia				3. Dreno				76 120/70 97			
Lateralidade () Sim () Não				SF 0,9%: 150ml				Nome: Cefazidima				4. Acesso venoso							
PNE () Sim () Não				SG 5%:				Dose: 1g				5. Outros:							
Alergia () Sim () Não				Outros:				Hora: 16:30				Plaquetas:							
Qual:				Nº de Compressas oferecidas:				Nº de Compressas recolhidas:				Anátomo Patológico:							
Reserva de Hemoderivado:				() Ht () Hb () Hemograma () RX				() Não () Sim											
() Sim () Não				() Gasometria () Outros:															
Outros:				Exames na SO:															
2. Chegou ao Centro Cirúrgico:				() Ht () Hb () Hemograma () RX															
() Deambulando				() Com Suporte de O2															
() Consciente				() Agitado															
() TOT																			
() Agitado																			
3. Sinais Vitais:				T: °C															
				R: rpm															
				FC: bpm															
				PA: mmHg															
				SAT: %															
				() Regular () Irregular															
4. Anotações (Admissão do Paciente):				1. Eletrodos															
Paciente admitido no CC. Período de internação: 05 dias de internação.				2. Oxímetro															
				3. Manguito PA															
				4. Placa de Bisturi															
				5. Incisão															
				6. Cateter O2															
				7. Vendicise															
				8. Dreno															
				9. SNG/SNE															
				10. Garrote															
				11. TOT () Não () Sim N°															
				12. SVD () Não () Sim N°															
				13. Outros:															
Sinais Vitais: Saída da SO				Legenda:															
T: °C				1. Eletrodos															
R: rpm				2. Oxímetro															
PA: mmHg				3. Manguito PA															
SAT: %				4. Placa de Bisturi															
() Regular () Irregular				5. Incisão															
				6. Cateter O2															
				7. Vendicise															
				8. Dreno															
				9. SNG/SNE															
				10. Garrote															
				11. TOT () Não () Sim N°															
				12. SVD () Não () Sim N°															
				13. Outros:															
Destino: () SRPA () UTI () outros:				Sinais Vitais: Saída da SO															
				T: °C															
				R: rpm															
				PA: mmHg															
				SAT: %															
				() Regular () Irregular															
				1. Eletrodos															
				2. Oxímetro															
				3. Manguito PA															
				4. Placa de Bisturi															
				5. Incisão															
				6. Cateter O2															
				7. Vendicise															
				8. Dreno															
				9. SNG/SNE															
				10. Garrote															
				11. TOT () Não () Sim N°															
				12. SVD () Não () Sim N°															
				13. Outros:															
				Sinais Vitais: Saída da SO															
				T: °C															
				R: rpm															
				PA: mmHg															
				SAT: %															
				() Regular () Irregular															
				1. Eletrodos															
				2. Oxímetro															
				3. Manguito PA															
				4. Placa de Bisturi															
				5. Incisão															
				6. Cateter O2															
				7. Vendicise															
				8. Dreno															
				9. SNG/SNE															
				10. Garrote															
				11. TOT () Não () Sim N°															
				12. SVD () Não () Sim N°															
				13. Outros:															
				Sinais Vitais: Saída da SO															
				T: °C															
				R: rpm															
				PA: mmHg															
				SAT: %															
				() Regular () Irregular															
				1. Eletrodos															
				2. Oxímetro															
				3. Manguito PA															
				4. Placa de Bisturi															
				5. Incisão															
				6. Cateter O2															
				7. Vendicise															
				8. Dreno															
				9. SNG/SNE															
				10. Garrote															
				11. TOT () Não () Sim N°															
				12. SVD () Não () Sim N°															
				13. Outros:															
				Sinais Vitais: Saída da SO															
				T: °C															
				R: rpm															
				PA: mmHg															
				SAT: %															
				() Regular () Irregular															
				1. Eletrodos															
				2. Oxímetro															
				3. Manguito PA															
				4. Placa de Bisturi															
				5. Incisão															
				6. Cateter O2															
				7. Vendicise															
				8. Dreno															
				9. SNG/SNE															
				10. Garrote															
				11. TOT () Não () Sim N°															
				12. SVD () Não () Sim N°															
				13. Outros:															
				Sinais Vitais: Saída da SO															
				T: °C															
				R: rpm															
				PA: mmHg															
				SAT: %															
				() Regular () Irregular															
				1. Eletrodos															
				2. Oxímetro															
				3. Manguito PA															
				4. Placa de Bisturi															
				5. Incisão															
				6. Cateter O2															
				7. Vendicise															
				8. Dreno															
				9. SNG/SNE															
				10. Garrote															
				11. TOT () Não () Sim N°															
				12. SVD () Não () Sim N°															
				13. Outros:															
				Sinais Vitais: Saída da SO															
				T: °C															
				R: rpm															
				PA: mmHg															
				SAT: %															
				() Regular () Irregular															
				1. Eletrodos															
				2. Oxímetro															
				3. Manguito PA															
				4. Placa de Bisturi															
				5. Incisão															
				6. Cateter O2															
				7. Vendicise															
				8. Dreno															
				9. SNG/SNE															
				10. Garrote															
				11. TOT () Não () Sim N°															
				12. SVD () Não () Sim N°															
				13. Outros:															
				Sinais Vitais: Saída da SO															
				T: °C															
				R: rpm															
				PA: mmHg															
				SAT: %															
				() Regular () Irregular															
				1. Eletrodos															
				2. Oxímetro															
				3. Manguito PA															
				4. Placa de Bisturi															
				5. Incisão															
				6. Cateter O2															
				7. Vendicise															
				8. Dreno															
				9. SNG/SNE															
				10. Garrote															
				11. TOT () Não () Sim N°															
				12. SVD () Não () Sim N°															
				13. Outros:															
				Sinais Vitais: Saída da SO															
				T: °C															
				R: rpm															
				PA: mmHg															
				SAT: %															
				() Regular () Irregular															
				1. Eletrodos															
				2. Oxímetro															
				3. Manguito PA															
				4. Placa de Bisturi															
				5. Incisão															
				6. Cateter O2															
				7. Vendicise															
				8. Dreno															
				9. SNG/SNE															
				10. Garrote															
				11. TOT () Não () Sim N°															
				12. SVD () Não () Sim N°															
				13. Outros:															
				Sinais Vitais: Saída da SO															
				T: °C															
				R: rpm															
				PA: mmHg															
				SAT: %															
				() Regular () Irregular															
				1. Eletrodos															
				2. Oxímetro															
				3. Manguito PA															
				4. Placa de Bisturi															
				5. Incisão															
				6. Cateter O2															
				7. Vendicise															
				8. Dreno															
				9. SNG/SNE															
				10. Garrote															
				11. TOT () Não () Sim N°															
				12. SVD () Não () Sim N°															
				13. Outros:															
				Sinais Vitais: Saída da SO															
				T: °C															
				R: rpm															
				PA: mmHg															
				SAT: %															
				() Regular () Irregular															
				1. Eletrodos															
				2. Oxímetro															
				3. Manguito PA															
				4. Placa de Bisturi															
				5. Incisão															
				6. Cateter O2															
				7. Vendicise															
				8. Dreno															
				9. SNG/SNE															
				10. Garrote															
				11. TOT () Não () Sim N°															
				12. SVD () Não () Sim N°															
				13. Outros:															
				Sinais Vitais: Saída da SO															
				T: °C															
				R: rpm															
				PA: mmHg															
				SAT: %															
				() Regular () Irregular															
				1. Eletrodos															
				2. Oxímetro															
				3. Manguito PA															
				4. Placa de Bisturi															



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Jeisson da Silva			20 / 09 / 19

CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO	
TIPO		INICIO	FIM
Ost. de Frotura do Rádio Distal Direito		16:40	17:31

EQUIPE MÉDICA		TEMPO DE DURAÇÃO	
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:	De Edino	
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:	DR Eversen	
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR	Fagner	
	CIRCULANTE	Luciendes + Isaac	

TIPO DE ANESTESIA: Geral	TEMPO DE DURAÇÃO:
--------------------------	-------------------

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
☐	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	500
☐	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0		1	FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº 5.0	
	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 3.0	
☐	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
☐	LÂMINA BISTURI Nº 20			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDAN Nº 4	
	SERINGA 01ML		1	SURGICEL Alcohol 150ml	
☐	SERINGA 03ML		1	CERA P/ OSO Base para plástica	
☐	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
☒	Eletródio		1	OUTROS: Pevidine tópicos 120ml	

1 cateter F109	1 atadura de espinha
----------------	----------------------

INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE Luciano Stefane	MATERIAL MEDICAMENTOS	
			SUB- TOTAL
		TAXA DE SALA	
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE ANESTESIA	
			SOMA
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE			

22 NOV. 2019



BOLETIM OPERATÓRIO

Dr. FISSON DA SILVA

Data: 20.05.19.

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

M.DICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

1º aUXILIAR:

2º aUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º aUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em D.V. de 17.11.18
- 2) lesão e hemorragia
- 3) colocação de placas e parafusos
- 4) nervos ulnares, axiais Thompson + dorso
- 5) por placas longas e to usinadas de
- 6) foco de fratura
- 7) Placas longas + parafusos em placas D.C.B
- 8) de 07 orifícios e em parafusos
- 9) controle radiológico
- 10) L.M.C
- 11) Sutura por M.M.S
- 12) curativos
- 13) R.P.A

Dr. Odinachi Okemini
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 184.100



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

JENISON DA SILVA

20-08-19

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		N°																											
16:00 18:00																													
AGENTES	<table border="1"> <tr> <td>N 20</td> <td>15</td> <td>30</td> <td>45</td> <td>15</td> <td>30</td> <td>45</td> <td>15</td> <td>30</td> <td>45</td> <td>15</td> <td>30</td> <td>45</td> </tr> <tr> <td>02</td> <td colspan="12">[Handwritten waveform]</td> </tr> </table>			N 20	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	02	[Handwritten waveform]											
N 20	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45																	
02	[Handwritten waveform]																												
LÍQUIDOS VENOSOS	<table border="1"> <tr> <td>AM</td> <td>SP</td> <td>SP</td> <td>SP</td> </tr> <tr> <td>VE</td> <td>500</td> <td>500</td> <td>500</td> </tr> </table>			AM	SP	SP	SP	VE	500	500	500																		
AM	SP	SP	SP																										
VE	500	500	500																										
DA	ECG, AC, PNI, SPO2																												
X																													
USO	<table border="1"> <tr> <td>38</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>36</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> </table>			38	100	100	100	100	100	36	100	100	100	100	100														
38	100	100	100	100	100																								
36	100	100	100	100	100																								
ANES	<table border="1"> <tr> <td>34</td> <td>180</td> <td>130</td> <td>130</td> <td>130</td> <td>130</td> </tr> <tr> <td>32</td> <td>180</td> <td>130</td> <td>130</td> <td>130</td> <td>130</td> </tr> </table>			34	180	130	130	130	130	32	180	130	130	130	130														
34	180	130	130	130	130																								
32	180	130	130	130	130																								
X																													
OP	<table border="1"> <tr> <td>30</td> <td>140</td> <td>140</td> <td>140</td> <td>140</td> <td>140</td> </tr> <tr> <td>30</td> <td>140</td> <td>140</td> <td>140</td> <td>140</td> <td>140</td> </tr> </table>			30	140	140	140	140	140	30	140	140	140	140	140														
30	140	140	140	140	140																								
30	140	140	140	140	140																								
O																													
TEMP	<table border="1"> <tr> <td>120</td> <td>36</td> <td>36</td> <td>36</td> <td>36</td> <td>36</td> </tr> <tr> <td>120</td> <td>36</td> <td>36</td> <td>36</td> <td>36</td> <td>36</td> </tr> </table>			120	36	36	36	36	36	120	36	36	36	36	36														
120	36	36	36	36	36																								
120	36	36	36	36	36																								
ASPIR.																													
A																													
RESP	<table border="1"> <tr> <td>60</td> <td>12</td> <td>12</td> <td>12</td> <td>12</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>60</td> <td>12</td> <td>12</td> <td>12</td> <td>12</td> <td>12</td> </tr> </table>			60	12	12	12	12	12	60	12	12	12	12	12														
60	12	12	12	12	12																								
60	12	12	12	12	12																								
O																													
Expon																													
Assist																													
Contro																													
SÍMBOLOS	<table border="1"> <tr> <td>x</td> <td>0</td> <td>x</td> </tr> </table>			x	0	x																							
x	0	x																											
AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES																										
A FENTANYL 250mcg		ANESTESIA VENOSA	X CHECK LIST AP. ANESTESIA & MONITORIZAÇÃO																										
B PROPOFOL 200mcg		BAIXA DOSE 500	1 - O2 sob caráter nasal 2L/min																										
C ATRACURIO 40mg		VM com ABSORVEDOR	2 - PRÉ-OXIGENAÇÃO com O2 100%																										
D		DE CO2 + BLOQUEIO	3 - TOT com TOT 8.0 com CUFF																										
E		DO PLEXO BRAQUIAL	sob VISUALIZAÇÃO DIRETA																										
F		DIRETO.	4 - ATROPINA 0.5mg IV																										
G			5 - LETAZIDINA 1g IV																										
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faríngea	6 - TENOXERUM 40mg IV																										
NDCC		Naso / Orotraqueal - Cega																											
SANGUE		Bal - Tampo - Calibre do Tubo 8.0																											
SFO, 8% 1500mL		Sob Mascar																											
		Dificuldade Técnica NAE																											
TOTAL 1500mL		TEMPO DE ANESTESIA 1:30 MIN																											
OPERAÇÃO	OSTEOSSÍNTese DE CAPTURA DE ANTEBRACÇO		<table border="1"> <tr> <td>Larinho - Espasmo - Excesso Secre</td> <td>Hemorragia - Arritmia</td> </tr> <tr> <td>Depressão Respiratória - Hipoxia</td> <td>Bradi Taquicardia - Choque</td> </tr> <tr> <td>"Bucking" - Vômito</td> <td></td> </tr> </table>	Larinho - Espasmo - Excesso Secre	Hemorragia - Arritmia	Depressão Respiratória - Hipoxia	Bradi Taquicardia - Choque	"Bucking" - Vômito																					
Larinho - Espasmo - Excesso Secre	Hemorragia - Arritmia																												
Depressão Respiratória - Hipoxia	Bradi Taquicardia - Choque																												
"Bucking" - Vômito																													
ANESTESIA DR. EDIWO	CÓDIGO	CIRURGIÃO DR. DARSON	PERDA SANGÜINEA																										

R1 EUGENIO

- 7 - OXIMETRIA 8mg IV
- 8 - DIPLOMIA 2g IV
- 9 - ATROPINA 0.5mg IV
- 10 - NEOSTIGMINA 1.5mg IV
- 11 - ENCAMINHADO A SRPA.

22 NOV. 2019

EDINO ALLAMANO A. SOUZA
Anestesiologista - CRM 197

A

atg: 21/09/19

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
Saúde

BLOCO A

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

H.C.R.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PROFISSIONÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

Jersson Da Silva

174580

7108191041715101771615115

25/08/94

M

Ana da Silva Rodrigues

95 918410110617

Rua - Oyakon 46 13 de Setembro

Bea Vista

14000

RM 6913106160

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Pacient em fase de reclusão (d)

22 NOV. 2019

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento longo

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

História + Exame físico + Radiografia

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

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

Fase de fase (d)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Dr. Valen

20/09/19

Dr. Valen
Médico
Oncologia
CRM: 185116

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

20/09/19

0407020458
5523
2499

Utal- MACAS



ESTADO DE RORAIMA

"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR PARA CIRURGIA ORTOPÉDICA PROGRAMADA

O paciente Jeruison da Silva R. Brasil de 28 anos, data de nasc: 28/08/91 contato:(95)-_____, com o diagnóstico: Fx Gallegos D tendo como indicação o procedimento: Art Artesanal Fx Multitroca (D) ESPECIALIDADE Art agendado para 20/09/19 as 14:00 h, devendo retornar para internação em 19/09/19 as 10:00 h.

O paciente deverá manter a imobilização, se for o caso, conforme recomendação médica e fazer uso da medicação de acordo com a prescrição, e deverá ainda, no momento da internação, portar todos os exames pré-operatórios solicitados, bem como estar em **JEJUM DE OITO (08) HORAS ANTES DO PROCEDIMENTO.**

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

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

MÉDICO ORTOPEDISTA
Assinatura e Carimbo

PACIENTE OU RESPONSÁVEL
Assinatura e CPF:

MÉDICO REGULADOR - NIR/HGR
Assinatura e Carimbo

COMPROVANTE PARA USO E CONTROLE DO NIR - HGR

O paciente Jeruison da Silva R. Brasil de 28 anos, com indicação de internação PELA ESPECIALIDADE Art EM 19/09/19 às 10:00 h, para realização da cirurgia programada, se compromete a comparecer conforme combinado, portando documentação solicitada (Exames Pré-Operatórios) e estando em **JEJUM DE OITO (08) HORAS** antes da cirurgia.

MÉDICO ORTOPEDISTA
Assinatura e Carimbo

PACIENTE OU RESPONSÁVEL
Assinatura e CPF:

MÉDICO REGULADOR - NIR/HGR
Assinatura e Carimbo

SAMÉ



NIR

ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR PARA CIRURGIA ORTOPÉDICA PROGRAMADA

O paciente Serimão do S. L. Rodrigues de 27 anos,
data de nascimento 31/8/91 contato: (95)-92402-7236, com o diagnóstico: fratura de ulna
tendo como indicação o procedimento: cirurgia da ESPECIALIDADE
ortopedia agendado para 9/9/19 às 7:00 h, devendo retornar para
internação em 8/9/19 às 15:00 h.

O paciente deverá manter a imobilização, se for o caso, conforme recomendação médica e fazer uso da medicação de acordo com a prescrição, e deverá ainda, no momento da internação, portar todos os exames pré-operatórios solicitados, bem como estar em **JEJUM DE OITO (08) HORAS ANTES DO PROCEDIMENTO.**

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

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

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1904
MÉDICO ORTOPEDISTA
Assinatura e Carimbo

PACIENTE OU RESPONSÁVEL
Assinatura e CPF:

Dr. André Dantas Marinho
Médico
CRM-RR 1904
MÉDICO REGULADOR - NIR/HGR
Assinatura e Carimbo

COMPROVANTE PARA USO E CONTROLE DO NIR - HGR

O paciente Serimão do S. L. Rodrigues de 27 anos, com indicação de internação
PELA ESPECIALIDADE ortopedia EM 8/9/19 às 15:00 h, para realização
da cirurgia programada, se compromete a comparecer conforme combinado, portando documentação solicitada
(Exames Pré-Operatórios) e estando em **JEJUM DE OITO (08) HORAS** antes da cirurgia.

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1904
MÉDICO ORTOPEDISTA
Assinatura e Carimbo

PACIENTE OU RESPONSÁVEL
Assinatura e CPF:

Dr. André Dantas Marinho
Médico
CRM-RR 1904
MÉDICO REGULADOR - NIR/HGR
Assinatura e Carimbo



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Perimon da Silva Rodrigues, 27 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 21/8/19, COM
DIAGNÓSTICO DE fratura de Colarço

NO DIA / / , FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE SENDO

Tratado
OPERADO PELO DR. Jesus E DR.

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA / / , ÀS EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA / / , ÀS , COM O
DR. Cirurgião recomendados para o
dia 21/8/19 mais

ORIENTAÇÕES GERAIS :

22 NOV. 2019

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

23/8/19

Dr. Augusto Chaves
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1964

BOA VISTA, / /

MÉDICO

TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho - CTPS, criada pelo Presidente Getúlio Vargas, por Decreto nº 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 3.422 de 01.06.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer espécie de atividade profissional.

Serão registrados todos os dados de Trabalho, elementos básicos para o conhecimento dos seus direitos perante a Previdência Social, bem como para a obtenção de aposentadoria e demais benefícios sociais, garantindo, ainda, sua habilitação ao desemprego e ao Fundo de Garantia do Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Dele, sua importância, e seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR

VISITE O PORTAL MTE: www.mte.gov.br

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP 126.60368.66-1

NÚMERO 6259872

SÉRIE 0030

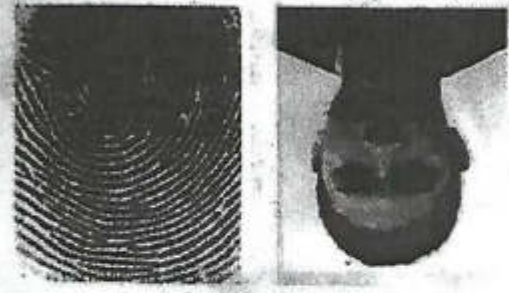
UF RR

Joelson Da Silva Rodrigues Araujo

ASSINATURA DO TITULAR



22 NOV. 2019



ASSINATURA DO TITULAR

Joelson Da Silva Rodrigues Araujo

UF RR

SÉRIE 0030

NÚMERO 6259872

PIS/PASEP 126.60368.66-1

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

VISITE O PORTAL MTE: www.mte.gov.br

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR

Serão registrados todos os dados de Trabalho, elementos básicos para o conhecimento dos seus direitos perante a Previdência Social, bem como para a obtenção de aposentadoria e demais benefícios sociais, garantindo, ainda, sua habilitação ao desemprego e ao Fundo de Garantia do Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Dele, sua importância, e seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

Esta é a sua Carteira de Trabalho - CTPS, criada pelo Presidente Getúlio Vargas, por Decreto nº 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 3.422 de 01.06.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer espécie de atividade profissional.

TRABALHADOR

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: **12.011.976/0002-20**
Ferreira e Gomes Com. Ltda - ME
 ENDEREÇO: **Av. Ville Roy, 5760 - Centro**
 MUNICÍPIO: **CEP: 69.201-000** UF: **PA**
 ESP. DO ESTABELECIMENTO: **BOA VISTA**
 CARGO: **Vendedor** CBO Nº: **5211-10**

DATA DE ADMISSÃO: **10** DE **Januário** DE **2012**
 REGISTRO Nº: **11** FLS / FCHA
 REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: **R\$ 642,00 (Seiscentos e quarenta e dois reais)**
Henrique Ferreira Coscarelli
 Sócio-Administrador

DATA DE SAÍDA: **11** DE **Julho** DE **2012**
Henrique Ferreira Coscarelli
 Sócio-Administrador

COM. DISPENSA CD Nº: **08**
 FGTS Nº DA CONTA: **08**

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: **12.011.976/0002-20**
Ferreira e Gomes Com. Ltda - ME
 ENDEREÇO: **Av. Ville Roy, 5760 - Centro**
 MUNICÍPIO: **CEP: 69.201-000** UF: **PA**
 ESP. DO ESTABELECIMENTO: **BOA VISTA**
 CARGO: **Vendedor** CBO Nº: **5211-10**

DATA DE ADMISSÃO: **10** DE **Januário** DE **2012**
 REGISTRO Nº: **11** FLS / FCHA
 REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: **R\$ 642,00 (Seiscentos e quarenta e dois reais)**
Henrique Ferreira Coscarelli
 Sócio-Administrador

DATA DE SAÍDA: **11** DE **Julho** DE **2012**
Henrique Ferreira Coscarelli
 Sócio-Administrador

COM. DISPENSA CD Nº: **08**
 FGTS Nº DA CONTA: **08**

22 NOV. 2019

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE

FILIAÇÃO: **ALPHONSO THOMAZ BRASHE FILHO**
 ANA DA SILVA RODRIGUES
 NASCIMENTO: **25/06/1981**
 SEXO: **MASCULINO**
 ESTADO CIVIL: **SOLTEIRO**
 ATUALIDADE: **BOMFIM - RR**
 OCUPAÇÃO: **R.G. 3322327 SESP RR 04/03/2009**
 ELP: **9.048, DE 18 DE MAIO DE 1996**
 CPF: **015.027.402-57** CNH: **005**
 TIT. ELEITOR: **84242112640** SEÇÃO: **005**
 CAL/ DATA DE EMISSÃO: **SRTE/RR - 22/03/2011**

ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

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

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE (RG) (Emissão)
114807 SSP RR

CPF
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

PRACAO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

CONJUGA INACIO DE
OLIVEIRA

PERMISSÃO
ACC
CATEGORIA
AB

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

92485240616
RR207968020

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN - RR (RORAIMA)

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL

980151096

PROIBIDO PLASTIFICAR

980151096

22 NOV. 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190653376 **Cidade:** Bonfim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JERISSON DA SILVA RODRIGUES **Data do acidente:** 20/08/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
BRASHE

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO - GALEAZZI. P6

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. P31/34
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190653376 **Cidade:** Bonfim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JERISSON DA SILVA RODRIGUES **Data do acidente:** 20/08/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
BRASHE

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO - GALEAZZI. P6

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. P31/34
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Jerisson da Silva Rodrigues Brashe
 NACIONALIDADE: Brasileiro
 PROFISSÃO: Atendente
 IDENTIDADE: 3322324
 ENDEREÇO: Rua: Francisco Araújo Vivas - Cidade Nova, N: 395

OUTORGADO

NOME: Glôr Inácio de Souza
 NACIONALIDADE: Brasileiro
 PROFISSÃO: Autônomo
 IDENTIDADE: 114 804
 ENDEREÇO: Rua: Antonio Pinheiro Galvão, 1832 - Burt's

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: 20 / 08 / 2019, cobertura Invalidez, vítima: Jerisson da S. Rodrigues Brashe

Boca Vista - RR, 25/10/19

LOCAL E DATA

Jerisson da Silva Rodrigues Brashe.

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



22 NOV. 2019

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0412341/19

Vítima: JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE

CPF: 015.027.402-57

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/08/2019

Titular do CPF: JERISSON DA SILVA
RODRIGUES BRASHE

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

JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE : 015.027.402-57

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: 22/11/2019
Nome: JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE
CPF: 015.027.402-57

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/11/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE

MANOEL COELHO NETO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0412341/19

Número do Sinistro: 3190653376

Vítima: JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE

CPF: 015.027.402-57

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/08/2019

Titular do CPF: JERISSON DA SILVA
RODRIGUES BRASHE

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE : 015.027.402-57

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, 25 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190653376 Vítima: JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE

Data do Acidente: 20/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE

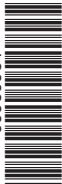
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

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, 25 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190653376

Vítima: JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE

Data do Acidente: 20/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE

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, 27 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190653376

Vítima: JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE

Data do Acidente: 20/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE

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\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000003588**

Conta: **000006871-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 9588 CONTA: 6871 AGÊNCIA: CONTA:

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 (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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (hoi 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: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 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 - Assinatura do representante legal da vítima: 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, Boa Vista-RR, 25/10/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 015.024.402-57 4 - Nome completo da vítima: Jussion da S. Rodrigues Brashe

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

5 - Nome completo: Jussion da Silva Rodrigues Brashe 6 - CPF: 015.024.402-57
7 - Profissão: Atendente 8 - Endereço: Rua: Francisco Araújo Ileros 9 - Número: 395 10 - Complemento:
11 - Bairro: Nova cidade 12 - Cidade: Berlin 13 - Estado: RR 14 - CEP:
15 - E-mail: jloirer@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (95) 99154-4282

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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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: _____
AGÊNCIA: 3588 CONTA: 6871 1 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 (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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 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 - Imagem impressa legível da assinatura do beneficiário ou representante legal
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, Boa Vista-RR, 25/10/2019

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 POLÍCIA DE BONFIM - BONFIM - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 037137/2019.

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 24/10/2019 16:19 Data/Hora Fim: 24/10/2019 16:44
Delegado de Polícia: Eduardo Henrique Batista

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia de Bonfim
Data/Hora do Fato: 20/08/2019 06:30

Local do Fato

Município: Bonfim (RR)
Logradouro: BR 401

Bairro: ZONA RURAL
Nº: 122

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Bonfim Sexo: Masculino Nasc: 25/08/1991
Profissão: Atendente Escolaridade: Ensino Superior Incompleto
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Ana da Silva Rodrigues Nome do Pai: Alphonso Thomaz Brashe Filho

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 3322327

Endereço

Município: Bonfim - RR
Logradouro: RUA: FRANCISCO ARAUJO VERAS Nº: 395
Complemento: QUADRA 26
Bairro: CIDADE NOVA
Telefone: (95) 98400-6770 (Celular)

22 NOV. 2019

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Bonfim - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

COMUNICA QUE NO DIA E HORA ACIMA, TRANSITAVA PELA BR 401, SENTIDO NORMANDIA/BOA VISTA, CONDUZINDO UMA MOTOCICLETA HONDA /XR 250 TORNADO, DE PLACA NAP 0970, E AO CHEGAR NO KM 122, AO CRUZAR COM UMA CAMINHONETE COM O FAROL ALTO, PARA EVITAR UMA COLISÃO, DESVIOU A MOTOCICLETA PARA O ACOSTAMENTO, VINDO A CAIR NA PIÇARRA; QUE EM CONSEQUENCIA DA QUEDA, TEVE O BRAÇO DIREITO FRATURADO E VÁRIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO. É O RELATO.



Delegado de Polícia Civil: Eduardo Henrique Batista
Impresso por: Ana Cleide Barros de Oliveira
Data de Impressão: 24/10/2019 16:45
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

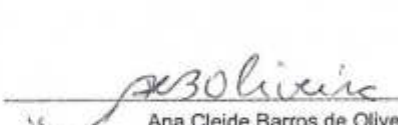


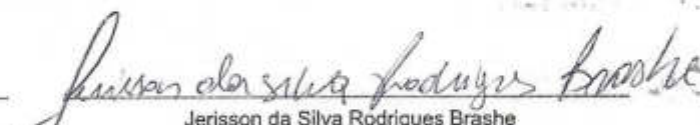
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DE BONFIM - BONFIM - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 037137/2019

ASSINATURAS


Ana Cleide Barros de Oliveira
Agente de Polícia
Matrícula 042000411
Responsável pelo Atendimento


Jerisson da Silva Rodrigues Brashe
(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 del
origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

22 NOV. 2019

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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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: _____

AGÊNCIA: 9588 CONTA: 6871 1 AGÊNCIA: CONTA:

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 (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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (hoi 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: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 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 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

35 - 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, Boa Vista-RR, 25/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)