

Raquel L.

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

1^ª Classificação
VERDE Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.:

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.:

Téc. Enfermagem
VERDE VRR 001.
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.:

1901136177

15/07/2019 21:30:06

FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA

NOTURNO 19-

Paciente

ANTONIO PINTO DE ALMEIDA

Data Nascimento

07/11/1972

Idade

46 A 8 M 8 D

CNS

898003211434463

CPF

38319055253

Prontuário

Identidade 89226 Documento SSP/MA Órgão Emissor Data Emissão 17/10/1997 Sexo M Estado Civil SOLTEIRO(A) PAARDA Naturalidade BARRA DO CORDA - BRASILEIRA

Mãe MARIA DE JESUS PINTO Pai RAIMUNDO PAIVA DE ALMEIDA Contato (95) 99135-6267

Endereço

RUA - J-T-1-A - 323 - OLIMPICO - BOA VISTA - RR

Ocupação
NÃO INFORMADA

Class. de Risco

VERDE Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira

Validade

Motivo do Atendimento SPA - PRONTO ATENDIM Caráter do Atendimento URGÊNCIA Profissional do Atend. Procedência

Setor PRONTO ATENDIMENTO Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol.

Procedimento Sol.

Registrado por: JACKSON.SADOVSKI

Queixa Principal

() Síndrome Febil () Sintomático Respiratório () Suspeita de Dengue

PACIENTE ENCAMINHADO DO HCS SIC ENCAMINHAMENTO MEDICO O MESMO

APRESENTA FRATURA NA APÓFISE 1^ª METACARPO MÃO DIREITA. O MESMO RELATA DE

MOTO NO DIA ANTERIOR

Anamnese de Enfermagem nega alergia, HAS, DM

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

GSC TOTAL AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Exame Físico

Referência ao exame D.
got transaq
Edema Recaf.

Hipótese Diagnóstica

Fratura 1^ª Anulocarpica L.

SADT - Exames Complementares

() RAIO-X () ULTRA-SON () TC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS:

PRESCRIÇÃO

Adesivado

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Opas
Fz da Dd
FI

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

Av. Brdg. Eduardo Gomes, 3308

Nova Ponte - RR - 69000-000

Fone: (95) 99135-6267

Fax: (95) 99135-6268

Site: www.hgrr.ror.br

E-mail: hgrr@hgrr.ror.br

CEP: 69000-000

CNPJ: 11.111.111/0001-11

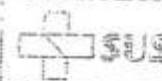
IE: 11.111.111/0001-11

CNAE: 11.111.111/0001-11

CNP

NIR

Transf. RJ07119



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

NIR

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

*DESCRITIVO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DA ESTABELECEMENTO DE SAÚDE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - LOCAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Antônio José da Silva

6 - N° DO PRONTUÁRIO

173591

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

89181010131211141319141613

7 - DATA DE HAVIMENTO

07/11/73

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Maria de Jesus Pinto

11 - FONE DE CONTATO

M

195991155675

12 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua - JT 1 - A 323 Olímpico

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

140210 R 169301000

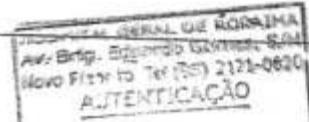
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Exa de Robert

18 - JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Tb cura

03 OUT 2019
Sheila

Certifico e sou eu que a presente
cópia é fidel representação Original
que encontra-se no meu Hospital

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

Dors + Cf

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 24 - ICD 9-CM 25 - ICD 9-CM

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Exa de Robert

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 24 - ICD 9-CM 25 - ICD 9-CM

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

José

() CNS

() CPF

patrick RAMOS QOSPM

CNPJ 13.831.802/0001-13

CPF 22.111.111-1111

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

16/07/15

32 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL

José

Cap QOSPM

Ortopedia e Traumatologia

CNPJ 13.831.802/0001-13

CPF 13831802164

Início

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

patrick RAMOS QOSPM

CNPJ 13.831.802/0001-13

CPF 22.111.111-1111

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

) EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SE APlica

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - CNPJ DA EMPRESA

37 - N° DO BILHETE

38 - CNAE DA EMPRESA

39 - CBOR

34 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

16/07/15

35 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL

José

Cap QOSPM

Ortopedia e Traumatologia

CNPJ 13.831.802/0001-13

CPF 13831802164

Início

16/07/15

36 - N° DO BILHETE

37 - SPAD

38 - CNAE DA EMPRESA

39 - CBOR

40 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

41 - SPAD

42 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

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

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

50 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

51 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

53 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

54 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

55 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

56 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

57 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

58 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

59 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

60 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

61 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

62 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

63 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

64 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

65 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

66 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

67 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

68 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

69 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

70 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

71 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

72 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

73 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

74 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

75 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

76 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

77 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

78 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

79 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

80 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

81 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

82 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

83 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

84 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

85 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

86 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

87 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

88 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

89 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

90 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

91 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

92 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

93 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

94 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

95 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

96 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

97 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

98 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

99 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

100 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

101 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

102 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

103 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

104 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

105 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

106 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

107 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

108 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

109 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

110 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

111 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

112 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

113 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

114 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

115 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

116 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

117 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

118 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

119 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

120 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

121 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

122 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

123 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

124 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

125 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

126 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

127 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

128 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

129 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

130 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

131 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

132 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

133 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

134 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

135 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

136 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

137 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

138 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

139 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

140 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

141 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

142 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

143 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

144 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

145 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

146 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

147 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

148 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

149 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

150 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

151 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

152 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

153 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

154 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

155 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

156 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

157 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

158 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

159 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

160 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

161 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

162 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

163 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

164 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

165 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

166 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

167 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

168 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

169 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

170 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

171 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

172 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

173 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

174 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

175 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

176 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

177 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

178 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

179 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

180 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

181 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

182 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

183 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

184 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

185 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

186 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

187 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

188 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

189 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

190 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

191 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

192 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

193 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE	<i>Antônio Pinto de Almeida</i>			
AGNÓSTICO				
ALERGIAS		HAS NEGA	DM2 DATA	NEGA
IDADE	LEITO			
ÍTEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			manter
3	SF 0,9% 500ML EV S/N			06/12 18 24
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			06/12 18 24
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			06/12 18 24
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTESA			SND
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4			SND
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			04/12 20
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			04/12 20
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H			04/12 20
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H			04/12 20
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			04/12 20
13	SSVV + CCGG 6/6 H			04/12 20
14	CURATIVO DIÁRIO			04/12 20
15				Ciente
16				
17				
18				
19				
20				
21				

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

EVOLUÇÃO MEDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICRÉTICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO : RX: # CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA :



MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	AD
12 H				
18 H				
08H	15000	74	=	36 G

Realizada Visita e Orientação

Presença em emergência
14:00hs Dr. Juvane

5
BE

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PREScrição MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN	
PACIENTE ANTONIO PINTO da Armação.			
AGNÓSTICO			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO	DATA	NEGA
ITEM	PREScrição		
1	DIETA ORAL LIVRE		HORÁRIO
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO		S/N
3	SF 0,9% 500ML EV S/N		Mantener
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		SN
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA		18 ⁶ 20 ⁶ 26 ⁶ 66
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4		SN
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h		SUSPENSO.
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H		SUSPENSO.
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H		
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		SN
13	SSVV + CCGG 6/6 H		Potente
14	CURATIVO DIÁRIO		(S/N) - Potente
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			

SE DIABETICO 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

28h PA: 130x90

P: 72

T: 37,1°C

Dr.
Ortopedista Anderson Soárez
CRM 1628/RR

Evolução médica:

- # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCÓRADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	100x70	66	
18 H	120x80	79	
24 H			



Realizado SSVV as 18:00hrs.

José Gomes de Carvalho
Técnico de Enfermagem
CREF/RR 655.958 - TE

Centeno Pinto

HC

B. e

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PREScrição MÉDICA

HGR



DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	Centeno Pinto de Oliveira	
AGNÓSTICO	F+ 5º GRW	

ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO		DATA	17/7/06

ITEM	PREScrição			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SN
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			menter
3	SF 0,9% 500ML EV S/N			SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			12/18 24 06
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA			06
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			SN
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4			SN
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			14 22 06
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	3 dias		—
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			—
13	SSVV + CCGG 6/6 H			SN
14	CURATIVO DIÁRIO			Zeteno Realignar
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 MEDICA:

#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 :

CRM-RR 1995
 Dr. Antônio Aguiar
 Ortopedista e Traumatologista

SINAIS VITAIS		PA	FC	DXT
6 H			78	TRX
12 H	120x86	81	36,4	89
18 H				
24 H				

MEDICO RESIDENTE
 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, S/N
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 (65) 321-3705 / 321-0620
 CERTIFICO: _____

03 OUT 2019
 Sheko
 Certifico: _____
 _____ é o documento original
 _____ é feito de cópia
 _____ é feito de cópia
 _____ é feito de cópia



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Eu Antonio Pinto de Almeida

CPFnº _____

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual (is) serei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico- assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferencia para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

- Cirurgias pré-agendadas;
- Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
- Complicações clinicas com necessidade de atendimento emergencial;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médica hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;

5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;

6.) Confirme que recebi explicações, li, comprehendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, _____ de _____ de 20 _____.

Assinatura do paciente: _____

Responsável:

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPFnº: _____ Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico.

Confirme que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s)/ procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/ responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, _____ de _____ de 20 _____. Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura/carimbo do Medico Regulador CRM _____ / _____



ADMISSÃO HOSPITAL DAS CLÍNICAS

339

Nome: ANTONIO PINTO DE ALMEIDA

Data de Nascimento: 07/11/1972

Data de admissão (HC): 17/07/2019

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA DE PRIMEIRO QUIRODACTILO DIREITO

Admito paciente do sexo masculino, 46 anos, encaminhada do Hospital Geral de Roraima, onde deu entrada através do PAAR no dia 15/07 vítima de acidente de moto, apresentando Fratura do 1 QDT mão direita. Aguardando cirurgia encaminhado no dia de hoje ao HC para continuidade do tratamento.

Nega comorbidades (HAS, DM) Nega alergia medicamentosa. Nega hemotransfusão sanguínea.

Em tempo: Paciente informa discreta dor em MSD. Nega febre, formigamento/mudança de temperatura do local afetado. Funções fisiológicas preservadas. Nega outras queixas. Ao exame físico encontra-se em bom estado geral, lúcido e orientado em tempo e espaço, corado, hidratado, eupnéico em ar ambiente.

AC: RCR em 2T, BNF sem sopro AR: MV bilateralmente, sem ruídos adventícios.

Abdome: flácido, RHA+, indolor a palpação superficial e profunda, sem visceromegalias e sinais de irritação peritoneal.

Extremidades com boa perfusão periférica < 3 segundos, sem edemas. Panturrilhas livres. Pulsos cheios e simétricos. Membro superior direito imobilizado pela Ortopedia

Neuroológico: Glasgow 15, sem sinais focais, pares integros. Força muscular preservada.

CONDUTA: Suporte clínico. Solicito exames laboratoriais de controle.

Antônio Pinto de Almeida
Médico
17/07/2019

Boa Vista, 17 de julho de 2019

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE CLÍNICA DA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PREScrição MÉDICA HOSPITAL DE CLÍNICAS					
DATA DE ADMISSÃO		17/07/2019		DIH	DN
PACIENTE	ANTONIO PINTO DE ALMEIDA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA 1º METACARPO MÃO DIREITA				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	
IDADE		LEITO	339	DATA	
ITEM	PREScrição				
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				
3	SF 0,9 % 500 ML EV S/N				
4	OMEPRAZOL 40 MG EV 1 X DIA				
5	DIPIRONA 500 MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6 H				
6	TRAMAL 100MG+SF0,9%100ML EV DE 8/8 H SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	NALBUFINA 10 MG+100 ML SF 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 6				
9	SIMETICONA 40 GOTAS VO DE 8/8 H				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMHG				
14	CURATIVO DIARIO				
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Sir
17/07/2019

SINAIS VITais	PA	FC	FR	TEMP	nenhum
6 H	120/80	86	29	36,1	
12 H					
18 H					
24 H	110/70	75	39	36	
					++ dor leve

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOMEN

DATA:

SEXUALITY

11

四

10

1100/1

104

8

DATA: _____ / _____ / _____		SEXO: () M () F	IDADE _____	PESO _____	KG.	LEITO _____
EXAME FÍSICO DO PACIENTE						
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS			LESÕES			
CATETER CENTRAL	SIM ()	NÃO ()	LOCAL	DATA		
CATETER PERIFÉRICO	SIM ()	NÃO ()	LOCAL	DATA		
SONDA VESICAL: SIM ()	NAO ()			DATA:		
SONDA NASOGASTRICA: SIM ()	NAO ()			DATA:		
DRENOS? SIM ()	NAO ()	QUAL?		DATA:		
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES						
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO						
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA GRAU I () GRAU II () GRAU III						
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO						
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA						
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRMAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA						
TORÁX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO						
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO						
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO						
FREQUÊNCIA: () EUPNÉICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO						
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTES () PRESENTE TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO						
CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS: () RONCOS () ESTERTORES () SÍGLOS						
MÚRMUROS VESICULAES: () AUSENTES () PRESENTE						
TEMPERATURA DA PELE: () MORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA						
APARELHO CARDIOVASCULAR						
RITMO CARDIACO: () REGULAR () IRREGULAR ()						
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA						
PULSO PERIFÉRICO: () RITMICO () ARRitmico () FLUTUANTE						
APERTO: () NORMA () TAQUICARDICO () BEM CARDICO () AUSENTE						
LOCAL DO PUL: ()						
APARELHO GASTROINTESTINAL						
APETITE: () NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO						
ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO						
ELIMINAÇÃO/FUNÇÃO: () NORMA () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () INFILTRA						
FAROHO GEMUTURMAMO/DURESI: () NORMA () DESGARRADA () DISTORTA () DURMA () INCONSCIENTE						
HABITOS: () NORMA () DESGARRADA () DISTORTA () DURMA () INCONSCIENTE						
DIAGNÓSTICO						
() RISCO DE INFECÇÃO						
() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ						
() INCAPACIDADE DE MANTER						
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ / _____ H						
() RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA						
() TROCA GASOSA PREJUDICADA						
() ANSIEDADE						
() MEDO						
() ENFERMAMENTO INFRAZ						
() RISCO PARA NUTRIÇÃO						
() DESEQUILIBRADA						
() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA						
() RISCO PARA O CONTROLE INERFAZ TERAPÉUTICO						
() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS						
() RISCO PARA LESÃO						
() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE						
() RISCO PARA QUEDAS						
() RISCO PARA LESEN						
() AUTOESTIMA PERTURBADA						
() DIARREIA						
() CONSTIPAÇÃO						
() RISCO PARA CONSTRAÇÃO						
() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO						
() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA						
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO						
() DOR						
() HIPOTERMIA						
() HIPERTERMIA						
() INTEGRIDADE DA PEL PREDOM						
() DORÃO NO SONO INERFAZ						
() DEGLUTIÇÃO PRATICADA						
() CONFORTO PREDUCIDO						
() DE BOM CARDIACO E CIRCULATÓRIO						
() INCONSCIENTE						
• ALÉRGICO ?						
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM						
() MANTER VIAS AÉREAS PÉRMAS						
() REALIZAR CUIDADOS COM VAS						
() MANTER MONITORIZAÇÃO						
() MANTER CABEÇERA ELEVADA						
() ASPIRAR VAS /TOT						
() VERIFICAR NIVEIS DE CONSCIÊNCIA						
() ATENTAR PARA QUEIXAS ÁLGICAS						
() LATENTAR PARA NÁUSEAS E VÓMITOS						
() OBSERVAR PEREUSÃO PERIFÉRICA						
() MANTER ACESOS VENOSOS PÉRMOS						
() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ / _____ H						
() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES,						
() VÉRIFICAR E REGISTRAR EDEMAS						
() AVALIAR RESÍDUO GASTRICO ANTES DA GAVAGEM						
() VÉRIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL						
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA						
() MANTER JEJUM A PARTIR DAS: _____ H						
() REALIZAR DEXTRO _____ / _____ HORAS						
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSAO						
() ORIENTAR AUTOCUIDADO						
() REALIZAR BANHO NO LEITO						
() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ / _____ H						
() REALIZAR CUBATIVO DÍARIO						
() PREPARAR PARA EXAMES EM _____						
() REALIZAR HIGIENE DE CONVÉSTO						
() ESTIMULAR DEAMBULAÇA						
() OBSERVAR E REGISTRAR INERFAZ A ALIMENTAÇÃO						
() HISTÓRIO						



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HC

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE ANTONIO PINTO DE ALMEIDA

AGNÓSTICO FX 1 MTC MÃO D

ALERGIAS

HAS NEGA DM2 NEGA

IDADE 17 LEITO 339 DATA 18/7/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	manter
3	CETOZINA 1G EV 6/6H	SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN	SN
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV OU 01 CP 50MG VO DE 8/8h	30/20/20
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H SN	SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN	SN
10	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG	SN
12	CURATIVO DIARIO SN	SN
14	SSVV + CGGG 6/6 H	Ranitina
15		
16		
17		
18		
19		
20		

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E AFEBRIL

AR: MVF SEM RA

AB: SEM ALTERAÇÕES

MEMBROS COM PULSOS + E BOA PERFUSÃO

SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS

CD: MANTIDO SUPORTE CLINICO

PROGRAMAÇAO: AGUARDO DE CIRURGIA ORTOPEDICA

D E

SAÍS VI	PA	FC	FR	TEMP	D	E
6 H	120/60	70		36	+	-
12 H	110/70	66	19	36,8°C	+	+
18 H	120/70	72	18	36,8	+	-
24 H	130/70	60		36°	+	-

11

12

13

14

NOME:

Antônio Pinto de Oliveira

DATA:

18/07/19

SEXO: () M () F

IDADE _____

PESO _____ KG. LEITO 339 HD

• ALÉRGICO?

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS

EXAME FÍSICO DO PACIENTE				DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS					
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	(1) RISCO DE INFECÇÃO	(1) MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	(1) PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	(1) REALIZAR CUIDADOS COM VAS
SONDA VÉSICAL SIM () NÃO ()				(1) INCAPACIDADE DE MANTER	(1) VERIFICAR SINAIS VITais DE _____ H
SONDA NASOGASTRICA: SIM () NÃO () DATA: _____				(1) RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	(1) MANTER MONITORIZAÇÃO
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO () DATA: _____				(1) TROCA GASOSA PREJUDICADA	(1) MANTER CABECEIRA ELEVADA _____
DRENOS? SIM () NÃO () DATA: _____				(1) ANSIEDADE	(1) ASPIRAR VAS /TQT _____
IDENТИQUE SE HA LESÕES				(1) MEDO	(1) VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
1. FÉRIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4-DEFORMIDADES 5-FRATURA EXPOSTA -6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO				(1) ENFRENTAMENTO INEFICAZ	(1) ATENTAR PARA QUEMAS ÁLGICAS
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA				(1) RISCO PARA NUTRIÇÃO	(1) OBSERVAR PÉRFUSÃO PERIFÉRICA
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO				(1) MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	(1) MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÁSTICA				(1) RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	(1) REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA				(1) DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS	(1) OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PERVERSAS () OBSTRUIVIDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA				(1) INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE AÉREAS	(1) AVAIIAR RÉSIDUO GÁSTRICO ANTES DA
OBS: _____				(1) FADIGA	(1) GAVAGEM
TORÁX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO					
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO				(1) RISCO PARA QUEDAS	(1) VÉRIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO				(1) RISCO PARA LESÃO	(1) ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPINEICO () DISPNEICO				(1) AUTOESTIMA PERTURBADA	(1) MANTER JEJUM A PARTIR DAS: _____ H
MÍRMURIOS VESICULAES: () AUSENTES () PRESENTE				(1) CONSTIPAÇÃO	(1) REALIZAR DEXTRO _____ / _____ HORAS
RUIDOS ADVENTICIOS: () AUSENTE () TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO				(1) RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	(1) ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/NUCOSAS: () HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALUDA () RUBORIZADA () ICTERICIA				(1) DEFÍCIT DO AUTO CUIDADO	(1) ORIENTAR AUTOCUIDADO
(1) CHANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA				(1) COMMUNICAÇÃO VERBAL	(1) REALIZAR BANHO NO LEITO
TEMPERATURA DA PELE: () MORTERMICA () HIPOTERMICA () HIPOTERMICA				(1) PREJUDICADA	(1) REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ H
APARELHO CARDIOVASCULAR				(1) RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	(1) REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
RITMO CARDIÁCO: () REGULAR () IRREGULAR ()				(1) DOR	(1) PREPARAR PARA EXAMES EM _____
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA				(1) RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	(1) REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
PULSO: () RITMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME				(1) RISCOS PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	(1) HISTÓRICO DE AMBULAÇÃO
PULSO: () NORMOCARDÍCO () POLICARDÍCO () BRADICARDÍCO ()				(1) DOR	(1) OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADES FÍSICAS
TOQUE LOCAL DO PULSO:				(1) RISCOS PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	(1) OUTROS
APARELHO GASTROINTESTINAL				(1) FRÉQUENCIA:	
APETITE: () NORMAL () DIAMINHADO () AUMENTADO				(1) HIPOTERMIA	
H.H.A.C () AUSCULTES () PRESENTES				(1) HIPERTERIA	
ABDOMEN: () FLÁCIDA () ESTENÓTICA () TENSÃO () AGUDO () VAGAS PALPÁVEL				(1) INTEGRAL	
PERGUNTA: () NUTRIÇÃO () FÍSICAS ()				(1) PADRÃO DO SUELO PREJUDICADA	
APARELHO GENITOURINÁRIO/OMBROS				(1) DÉGLIGAÇÃO PREJUDICADA	
EXAMENES: () HEPATOSPLENOMEGALIA () TECSTOSTOMIA () AUSCULTA () FÍSICAS ()				(1) RIFI	
EXAMENES: () HEPATOSPLENOMEGALIA () TECSTOSTOMIA () AUSCULTA () FÍSICAS ()				(1) OUTROS	



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PREScrição MÉDICA

HC

339

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE	ANTONIO PINTO DE ALMEIDA			
AGNÓSTICO	FX 1 MTC MÃO D			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO	339	DATA	19/7/2019
TEM	PREScrição			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			5am
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			montan
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H			SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN			SN
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV OU 01 CP 50MG VO DE 8/8h			13/20/2019
7	PLAISSE 10 mg EV 8/8h (S/N)			SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H SN			SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN			SN
10	CÁPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG			SN
11	CURATIVO DIARIO SN			SN
12	SSVW + CCGG 6/6 H			Ranitida
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

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

Evolução MÉDICA

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E AFEBRIL

IR: MVF SEM TA

AB: SEM ALTERAÇÕES

MEMBROS COM PULSOS + E BOA PERFUSÃO

SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS

CD: MANTIDO SUPORTE CLINICO

PROGRAMAÇÃO: NO AGUARDO DE CIRURGIA ORTOPEDICA

M

V/A/S VI	PA	FC	FR	TEMP	V	E	
6H	70	65	16	36°c	+	-	
12H	140/90	75	37	36°c	+	+	
18H	130/90	69	17	36°	+	+	
24H	120/80	79	18	36.15	+	+	



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PREScrição MÉDICA

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE ANTONIO PINTO DE ALMEIDA					
AGNÓSTICO FX 1 MTC MÃO D					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	
IDADE		LEITO	339	DATA	
ITEM	PREScrição				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SNID
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				mante
3	CEZALUTINA 1G EV 6/6H				SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV OU 01 CP 50MG VO DE 8/8h				(ju)
7	PIASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RÁNTITIDINA 50MG EV 8/8H SN				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN				
10	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				(ju)
12	CURATIVO DIARIO SN				SN
14	SSVV + CCGG 6/6 H				mante
15					
16					
17					
18					
19					
20					

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

EVOlUÇÃO MÉDIC

REG, EUPNEICO, NORMOCORADO E AFEBRIL

AR: MVF SEM RA

AB: SEM ALTERAÇÕES

MEMBROS: COM PULSOS + E BOA PERFUSÃO

SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS

CD: MANTIDO SUPORTE CLÍNICO

PROGRAMA: AGUARDO DE CIRURGIA ORTOPEDICA

IA/S VI	PA	FC	FR	TEMP		
6 H						
+2 H	122/77	70	18	36,0	+	
18 H	109x67	63	18	36	+	
24 H	112x60	65		36,74	+	-



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL 2000

NOME:

DATA: 2020-07-11 09:55:17

SEXUALITY

IDADE

PESO _____ KG.
LEITO _____

10
330

7

10

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS				LESÕES			
						DIAGNÓSTICO	
CATETER CENTRAL	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	LOCAL	DATA			PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
CATETER PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	LOCAL	DATA			(1) PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	
SONDA VESICAL SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>						(1) INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPIRÁTNEA	
SONDA NASOGASTRICA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>						(1) MANTER MONITORIZAÇÃO	
DRENOS? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>						(1) MANTER CABECERA ELEVADA	
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES						(1) ASPIRAR VAS /TOT	
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- ANMUTAÇÃO						(1) VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA	
ULCERA POR PRESSÃO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> LOCAL:						(1) ATENTAR PARA QUEIRAS ÁLGICAS	
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA						(1) DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS	
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: (1) CONSCIENTE (1) INCONSCIENTE (1) SEDADO (1) ALERTA (1) COMATOSO (1) DESORIENTADO						(1) RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	
PUPILAS: (1) REAGENTE (1) NÃO REAGENTE (1) ISOCÓRICAS (1) ANISOCÓRICAS (1) MIDRIÁTICA						(1) RISCO PARA NUTRIÇÃO	
ACUIDADE VISUAL: (1) NORMAL (1) DIMINUIDA						(1) DSEQUILIBRADA	
VIAS AÉREAS SUPERIORES: (1) PÉRVIAS (1) OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: (1) FAVORÁVEL (1) RAZOÁVEL (1) PRECÁRIA						(1) MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	
OBS:						(1) DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS	
TORÁX E PULMÕES/PADRÃO RESPIRATORIO						(1) FADIGA	
EXPANSÃO: (1) SIMÉTRICO (1) ASSIMÉTRICO						(1) INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	
DOR INSPIRATÓRIA: (1) SIM <input type="checkbox"/> NÃO						(1) RISCO PARA QUEDAS	
FREQUÊNCIA: (1) EUPNÉICO (1) TAQUIPNEICO (1) BRADIPNEICO (1) DISPNEICO						(1) RISCO PARA LESÃO	
MURMURIOS VESICULARES: (1) AUSENTES (1) PRESENTE TOSSE: (1) AUSENTE (1) SECA (1) EXPECTORAÇÃO						(1) AUTOESTIMA PERTURBADA	
RUIDOS ADVENTÍCIOS: (1) AUSENTE (1) RONCOS (1) ESTERTORES (1) SIBILOS						(1) DIARRÉIA	
CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:						(1) CONSTIPAÇÃO	
(1) HIDRATADA (1) UMBIDA (1) DESIDRATADA (1) CORADA (1) HIPOCORADA (1) PALIDA (1) RUBORIZADA (1) ICTERICIA						(1) RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	
(1) CIANÓTICA (1) ACIANÓTICA (1) ACROCIANÓTICA						(1) DEFÍCIT DO AUTO CUIDADO	
TEMPERATURA DA PELE : (1) NORTEÚNICA (1) HIPERTERMICA (1) HIPOTERMICA						(1) COMUNICAÇÃO VERBAL	
APARELHO CARDIOVASCULAR						(1) PREJUDICADA	
RITMO CARDIÁCO: (1) REGULAR (1) IRREGULAR (1)						(1) RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	
PERFUSÃO PERIFÉRICA: (1) NORMAL (1) DIAMINUDA						(1) DOR	
PULSO PERIFÉRICO: (1) RÍTMICO (1) IRREGULAR (1) FÍGIFORME						(1) HIPOTERMIA	
PULSO: (1) NORMA(CARDÍCO) (1) CARDÍCO (1) BradíCARDÍCO (1) TAUITE						(1) HIPERTERMIA	
LOCAL DO PULSO:						(1) INTEGRIDA	
APARELHO GASTROINTESTINAL						(1) PELE PREMIUNA	
APETITE: (1) JUDICIAL (1) DIARINICO (1) ALIMENTADO						(1) ESTIRAR /OLAMBULADA	
ESTADO NUTRICIONAL: (1) NUTRIDO (1) DESNUTRIDO						(1) REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ALIMENTOS	
R.H.A.: (1) ANGINTOS (1) PRESENTES						(1) INJUJA /ALACA	
ESTRASACÔTICOS/PSYOMARCOPSISSÓTICOS:						(1) DRENOS	
APARELHO GENITAL/URINÁRIO/DOUREIRA:						(1) CONFORTO PREDISPONDO	
APARELHO URINÁRIO:						(1) CONFORTO CARDIACO DISMINUIÇÃO	
APARELHO URINÁRIO:						(1) CONFORTO	
APARELHO URINÁRIO:						(1) CONFORTO /CORRUMPAÇÃO /MURICE	

MATHS

104

MAN

ESTHER MAGAM



**SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA**

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE ANTONIO PINTO DE ALMEIDA				
AGNÓSTICO FX 1 MTC MÃO D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2
IDADE		LEITO	339	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H			SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN			
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV OU 01 CP 50MG VO DE 8/8h			
7	Physil 10 mg EV 8/8h (S/N)			
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H SN			
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN			
10	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG			
12	CURATIVO DIARIO SN			
14	SSVV + CCGG 6/6 H			
15				
16				
17				
18				
19				
20				
EVOLUÇÃO MÉDICA		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		

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E AFEBRIL
AR: MVE 50 mmHg

AB: SEM ALTERAÇÕES

MEMBROS COM PULSOS + E BOA PERFUSÃO
SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS

CD: MANTIDO SUPORTE CLINICO

PROGRAMAÇÃO: ALTA HOSPITALAR

SINAIS VI	PA	FC	FR	TEMP			
6 H							
12 H							
13 H							
14 H							



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

Corredor
BIE

RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

38
339

Eu, Antônio Pinto de Almeida

CPFº

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual (is) serei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico-assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferencia para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

- Cirurgias pré-agendadas;
- Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
- Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médica hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;

5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;

6.) Confirmei que recebi explicações, li, comprehendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, _____ de _____ de 20 _____.
Assinatura do paciente: _____

Responsável:

1) Assinatura: _____

Nome: _____

CPFº: _____

Grau de Parentesco: _____

E _____ a seguir, deverá ser preenchido pelo médico.

Confirme que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s)/ procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/ responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, _____ de _____ de 20 ___. Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura/carimbo do Medico Regulador

CRM _____ / _____



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RELATORIO MEDICO/NIR DE TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA/HC

DATA: 17/7/19

PACIENTE: Cintanice Rende de Clemente DN: 071119

DIAGNÓSTICO(S): F. g. U.R.D - (b)

DIIH: / /

KANBAM: _____ Dieta: _____

EXAMES ADMISSIONAIS (DATA / /): Hb: _____ Ht: _____ Ur: _____ Cr: _____

Leuc: _____ Seg: _____ Plaquetas: _____

Na: _____ K: _____ Ca: _____ Cl: _____

HCO₃: _____ PH: _____ BE: _____ PO₂: _____ PCO₂: _____

EAS: _____

CULTURAS (/ /): _____

IMAGEM: _____

EXAMES DE TRANSFERNCIA (DATA / /): Hb: _____ Ht: _____ Ur: _____ Cr: _____

Leuc: _____ Seg: _____ Plaquetas: _____ Na: _____ K: _____ Ca: _____

Cl: _____ HCO₃: _____ PH: _____ BE: _____ PO₂: _____ PCO₂: _____

EAS: _____

IMAGEM: _____

ANTIBIÓTICO: _____

USADO: _____

JUSTIFICATIVA DE: _____

ANTIBIÓTICO: _____

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS: _____

TERAPIA INSTITUIDA:

Analgesic

EVOLUÇÃO CLINICA:

Segundo dia febre contínua

Boa Vista, 17 de 7 de 2019. Hora: _____

CRM 1

Assinatura/carimbo do Médico Assistente
Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda/HC

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM 1

Raquel L. Salas

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

1^ª Classificação
VERDE
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

1901136177

15/07/2019 21:30:06

FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA

NOTURNO 19- 80

Paciente
ANTONIO PINTO DA ALMEIDA

Tipo Doc
 IDENTIDADE 89226
 Documento
 SSP/MA

Órgão Emissor Data Emissão
 17/10/1997 M

Endereço
 MARIA DE JESUS PINTO
 RUA - J-T-1-A - 323 - OLIMPICO - BOA VISTA - RR

Data Nascimento
 07/11/1972

Idade
 46 A 8 M 8 D

CNS
 898003211434463

CPF 07
 38319055253

Sexo
 Estado Civil
SOLTEIRO(A)PARADA

Naturalidade
 BARRA DO CORDA - MA

Nacionalidade
 BRASILEIRA

Pai
 RAIMUNDO PAIVA DE ALMEIDA

Contato
 (95) 99135-6267

Ocupação
 NÃO INFORMADA

Class. de Risco
VERDE

Plano Convênio
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento
SPÁ - PRONTO ATENDIM

Caráter do Atendimento
URGÊNCIA

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

36.70

Peso

Pressão

Sector
PRONTO ATENDIM

Tipo de Chegada
DEMANDA ESPONTANEA

Procedimento Sot.

130 x 90

Queixa Principal

PACIENTE ENCAMINHADO DO HCS SIC ENCAMINHAMENTO MEDICO O MESMO APRESENTA FRATURA NA APÓFISE 1^ª METACARPO MÃO DIREITA, O MESMO RELATA DE MOTO NO DIA ANTERIOR

anamnese de Enfermagem
 nega alergia, HAS, DM

Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue

Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue

Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue

GSC

TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 12345

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Nifere dolor em niterói D.

Exame Físico

negó trauma

Exame Físico:

Fratura 1= Anatomia P.

SADT - Exames Complementares

RAIO-X

ULTRASON

TC

SANGUE

URINA

ECG

OUTROS:

PRESCRIÇÃO

acetaminofen

APRAZAMENTO

obrigado

OBSERVAÇÃO

fractura 1= Anatomia P.

fractura 1= Anatomia P.

fractura 1= Anatomia P.

*DICK KARELO Jose
 Cap. COSPM
 Procedente de Traumatologia
 CRM/RR 1463 ROC
 15/07/2019*

Conduta

- Alta por Decisão Médica
- Alta a Pedido
- Alta a Revisão
- Transferência para:

Ambulatório
 Observação (Até 24h)
 Internação

Data e Hora da Saída/Alta

Óbito

Antes do 1^º Atendimento? Sim Não

Destino: Família

IMI Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico



Sistema
Único de
Saúde

Instituições
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

2 - INSTITUIÇÃO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Walter Rabelo da Silveira

6 - N° DO PROFISSIONAL

7 - CARÁTER DA CULPA (LNS)

8 - DATA DE HOSPITALIZAMENTO

9 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTAUTO

(51) 3222-1234

11 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

000

12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

13 - COD. IRGE MUNICÍPIO

14 - UF

15 - CEP

16 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Re: Influenza

17 - JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Re: gripa

18 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVOS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

20 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

21 - CLÍNICA

22 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

23 - PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - ASSISTENTE

José

25 - DOCUMENTO

() CNH

() CPF

26 - N° DOCUMENTO (CNH/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

27 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

28 - ASSINATURA

Patrick Rabelo José

Cap QOSPM

Ortopedia e Traumatologia

CL. 112B/1383.RQE 164

1º Andar

29 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

30 - CÓD. DA SEGUIMENTO

16/976

31 - N° DO MILHETE

32 - N°

33 - VENCIMENTO DE TRABALHO TÍPICO

34 - CNPJ EMPRESA

35 - N° DO MILHETE

36 - VENCIMENTO DE TRABALHO TRAJETO

37 - N° DO MILHETE

38 - N°

39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

40 - CNAE DA EMPRESA

39 - CNAE

41 - INSCRIÇÃO

42 - EMPREGADOR

40 - CNAE

41 - CNAE

43 - AUTÔNOMO

44 - DESEMPREGADO

41 - APOSENTADO

42 - INÍCIO

45 - DESEMPREGADO

42 - INÍCIO

43 - INÍCIO

46 - INÍCIO

47 - INÍCIO

48 - INÍCIO

49 - INÍCIO

50 - INÍCIO

51 - INÍCIO

52 - INÍCIO

53 - INÍCIO

54 - INÍCIO

55 - INÍCIO

56 - INÍCIO

57 - INÍCIO

58 - INÍCIO

59 - INÍCIO

60 - INÍCIO

61 - INÍCIO

62 - INÍCIO

63 - INÍCIO

64 - INÍCIO

65 - INÍCIO

66 - INÍCIO

67 - INÍCIO

68 - INÍCIO

69 - INÍCIO

70 - INÍCIO

71 - INÍCIO

72 - INÍCIO

73 - INÍCIO

74 - INÍCIO

75 - INÍCIO

76 - INÍCIO

77 - INÍCIO

78 - INÍCIO

79 - INÍCIO

80 - INÍCIO

81 - INÍCIO

82 - INÍCIO

83 - INÍCIO

84 - INÍCIO

85 - INÍCIO

86 - INÍCIO

87 - INÍCIO

88 - INÍCIO

89 - INÍCIO

90 - INÍCIO

91 - INÍCIO

92 - INÍCIO

93 - INÍCIO

94 - INÍCIO

95 - INÍCIO

96 - INÍCIO

97 - INÍCIO

98 - INÍCIO

99 - INÍCIO

100 - INÍCIO

101 - INÍCIO

102 - INÍCIO

103 - INÍCIO

104 - INÍCIO

105 - INÍCIO

106 - INÍCIO

107 - INÍCIO

108 - INÍCIO

109 - INÍCIO

110 - INÍCIO

111 - INÍCIO

112 - INÍCIO

113 - INÍCIO

114 - INÍCIO

115 - INÍCIO

116 - INÍCIO

117 - INÍCIO

118 - INÍCIO

119 - INÍCIO

120 - INÍCIO

121 - INÍCIO

122 - INÍCIO

123 - INÍCIO

124 - INÍCIO

125 - INÍCIO

126 - INÍCIO

127 - INÍCIO

128 - INÍCIO

129 - INÍCIO

130 - INÍCIO

131 - INÍCIO

132 - INÍCIO

133 - INÍCIO

134 - INÍCIO

135 - INÍCIO

136 - INÍCIO

137 - INÍCIO

138 - INÍCIO

139 - INÍCIO

140 - INÍCIO

141 - INÍCIO

142 - INÍCIO

143 - INÍCIO

144 - INÍCIO

145 - INÍCIO

146 - INÍCIO

147 - INÍCIO

148 - INÍCIO

149 - INÍCIO

150 - INÍCIO

151 - INÍCIO

152 - INÍCIO

153 - INÍCIO

154 - INÍCIO

155 - INÍCIO

156 - INÍCIO

157 - INÍCIO

158 - INÍCIO

159 - INÍCIO

160 - INÍCIO

161 - INÍCIO

162 - INÍCIO

163 - INÍCIO

164 - INÍCIO

165 - INÍCIO

166 - INÍCIO

167 - INÍCIO

168 - INÍCIO

169 - INÍCIO

170 - INÍCIO

171 - INÍCIO

172 - INÍCIO

173 - INÍCIO

174 - INÍCIO

175 - INÍCIO

176 - INÍCIO

177 - INÍCIO

178 - INÍCIO

179 - INÍCIO

180 - INÍCIO

181 - INÍCIO

182 - INÍCIO

183 - INÍCIO

184 - INÍCIO

185 - INÍCIO

186 - INÍCIO

187 - INÍCIO

188 - INÍCIO

189 - INÍCIO

190 - INÍCIO

191 - INÍCIO

192 - INÍCIO

193 - INÍCIO

194 - INÍCIO

195 - INÍCIO

196 - INÍCIO

197 - INÍCIO

198 - INÍCIO

199 - INÍCIO

200 - INÍCIO

201 - INÍCIO

202 - INÍCIO

203 - INÍCIO

204 - INÍCIO

205 - INÍCIO

206 - INÍCIO

207 - INÍCIO

208 - INÍCIO

209 - INÍCIO

210 - INÍCIO

211 - INÍCIO

212 - INÍCIO

213 - INÍCIO

214 - INÍCIO

215 - INÍCIO

216 - INÍCIO

217 - INÍCIO

218 - INÍCIO

219 - INÍCIO

220 - INÍCIO

221 - INÍCIO

222 - INÍCIO

223 - INÍCIO

224 - INÍCIO

225 - INÍCIO

226 - INÍCIO

227 - INÍCIO

228 - INÍCIO

229 - INÍCIO

230 - INÍCIO

231 - INÍCIO

232 - INÍCIO

233 - INÍCIO

234 - INÍCIO

235 - INÍCIO

236 - INÍCIO

237 - INÍCIO

238 - INÍCIO

239 - INÍCIO

240 - INÍCIO

241 - INÍCIO

242 - INÍCIO

243 - INÍCIO

244 - INÍCIO

245 - INÍCIO

246 - INÍCIO

247 - INÍCIO

SUS

Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Antônio Pedro de Almeida

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - NOME DO PESSOAL OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

• Prez. Dr. Antônio Pedro de Almeida
 Antônio Pedro é paciente da UBS Vila Rica.
 Aguardando cirurgia.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS Almeida

19

20 - RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx fixo + Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Inflamação de QST

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internar

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

() CRM () CRF () CBO () CBOH () CRB () CRB-DF

30 - NOME SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURODORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SEGURO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOH

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO () DESEMPREGADO

() APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO () CNS () CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



ANTONIO PINTO DE ALMEIDA
46 ano(s) 07-11-1972

1507261110-4316

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

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1015366826

NOME ANTONIO PINTO DE ALMEIDA	
DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR/RU 89226 SSP RR	
CPF 383.190.552-53	DATA NASCIMENTO 07/11/1972
PARECER RAIMUNDO PAIVA DE ALMEIDA MARIA DE JESUS PINTO	
PERMISSÃO 	ACC
CAT. HAB. 	AB
NP REGISTRO 03379012512	VENCIMENTO 16/07/2020
1ª HABILITAÇÃO 07/03/1997	
OBSERVAÇÕES <i>Antonio Pinto de Almeida</i> ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL BOA VISTA - RORAIMA	DATA DE EMISSÃO 22/07/2015
<i>[Signature]</i> JOSCELINO RUMBO FONHEZ PEREIRA DIRETOR PRESIDENTE ASSINATURA DO EMISSOR	
DETTRAN-RR (RORAIMA)	

PROIBIDO PLASTIFICAR

1015366826

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETTRAN - RR

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLA	00173097227
CHP. RENAVAM	01
R-NTRC.	
EXERCÍCIO	2019

SIDNEY DE MORAIS MENEZES

NOME

RR

007.092.782-09

PLACA

RR

902154120000029054

CHASSI

RR

ESPECIE / TIPO

PAS/MOTOCICLETA/NBD

APLIC.

GASOLINA

COMBUSTIVEL

MARCA / MODELO

HONDA/CB

125

FAN ES

CATEGORIA

PARTICU

AZUL

COR PREDOMINANTE

ANO FAB.

2009

ANO NOM.

2010

PREMIO (R\$)

100.000,00

DATA DE PAGAMENTO

03/07/2019

PAGO

1*

VENC / COTA UNICA

PAGO

2*

VENC / COTA UNICA

FAKA IPVA

3*

PARCELAMENTO / COTAS

SEM RESERVA DE DINHEIRO

01

PROBLEMA SAIR DA A

MAZ GCD *

2*

COTA UNICA

PREMIO (R\$)

R\$ 40.32

DATA DE PAGAMENTO

24/05/2019

BOA VISTA-RR

03/07/2019

BOA VISTA-RR

03/07/2019

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS, OU NÃO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013975664931 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

SEGURADORA LÍDER · DPVAT

Cota Unica

R\$ 44,13

Preço de Venda

R\$ 44,13

Preço de Compra

R\$ 44,13

Preço de Entrega

R\$ 44,13

Preço de Retirada

R\$ 44,13

Preço de Envio

R\$ 44,13

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Comércios de Seguro DPVAT
554588

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0364690/19

Vítima: ANTONIO PINTO DE ALMEIDA

CPF: 383.190.552-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/07/2019

Titular do CPF: ANTONIO PINTO DE ALMEIDA

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANTONIO PINTO DE ALMEIDA : 383.190.552-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/10/2019
Nome: ANTONIO PINTO DE ALMEIDA
CPF: 383.190.552-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/10/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

ANTONIO PINTO DE ALMEIDA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190592612 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO PINTO DE ALMEIDA **Data do acidente:** 13/07/2019 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/10/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 1º QUIRODÁCTILO DIREITO. P1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. P7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 1º QUIRODÁCTILO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO 1º QUIRODÁCTILO 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
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190592612 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO PINTO DE ALMEIDA **Data do acidente:** 13/07/2019 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/10/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 1º QUIRODÁCTILO DIREITO. P1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. P7

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
 - EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.
- NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0364690/19

Vítima: ANTONIO PINTO DE ALMEIDA

CPF: 383.190.552-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/07/2019

Titular do CPF: ANTONIO PINTO DE ALMEIDA

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANTONIO PINTO DE ALMEIDA : 383.190.552-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/10/2019
Nome: ANTONIO PINTO DE ALMEIDA
CPF: 383.190.552-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/10/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

ANTONIO PINTO DE ALMEIDA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190592612

Vítima: ANTONIO PINTO DE ALMEIDA

Data do Acidente: 13/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO PINTO DE ALMEIDA

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190592612

Vítima: ANTONIO PINTO DE ALMEIDA

Data do Acidente: 13/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO PINTO DE ALMEIDA

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

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

Dano Pessoal: Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: ANTONIO PINTO DE ALMEIDA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000000250-X

Conta: 0000085481-6

Tipo: CONTA CORRENTE

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno 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 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

383.190.552-53 Antônio Pinto de Almeida

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

5 - Nome completo:

Antônio Pinto de Almeida

6 - CPF:

383.190.552-53

7 - Profissão:

Servidor Público

8 - Endereço:

Rua JT 01

9 - Número:

323

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Olimpico

12 - Cidade:

Bon Vista

13 - Estado:

Roraima

14 - CEP:

69314-578

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

65/99155-6757

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco Brasil

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0250

CONTA: 85.491

G

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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, informar Vivos: Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Sim Não

30 - Vítima deixou nascituro (valescer): Sim Não

31 - Vítima teve irmãos? Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Sim Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

40 - Local e Data,

Bon Vista, 15/10/19

x Antônio Pinto de Almeida

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 022809/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 29/07/2019 09:46 Data/Hora Fim: 29/07/2019 10:14
Delegado de Polícia: Douglas Gabriel da Cruz

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 13/07/2019 20:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: rua HC-4 (area de chacara)

Bairro: Senador Hélio

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTONIO PINTO DE ALMEIDA (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade:MA - Barra do Corda Sexo: Masculino Nasc: 07/11/1972
Profissão: Funcionário Público Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Maria de Jesus Pinto Nome do Pai: Raimundo Paiva de Almeida

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 89226

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua JT 1-A

Bairro: Olímpico

Telefone: (95) 99155-6757 (Celular)

Nº: 323

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição HONDA/CG 125 TITAN ES	CPF/CNPJ do Proprietário 007.092.782-09
Placa NAX9480	Renavam 00173097227
Número do Motor JC41E2A029054	Número do Chassi 9C2JC4120AR029054
Ano/Modelo Fabricação 2010/2009	Cor AZUL
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN ES	Modelo HONDA/CG 125 FAN ES
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	Última Atualização Denatran 04/12/2015
Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Antonio Pinto de Almeida	Possuidor



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 022809/2019

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante acima qualificado esteve nesta Unidade Policial para comunicar que: transitava no horário e local pela via acima citado conduzindo uma motocicleta HONDA/CG 125 FAN ES, quando de forma inesperada entrou num buraco encoberto por uma poça de lama, desequilibrou vindo a cair; Que o comunicante machucou a mão direita; Que o próprio comunicante procurou atendimento médico no PSE, Que foi constatado que o dedo polegar da mão direita foi quebrado. Era o que tinha a comunicar.

ASSINATURAS


Washington Baião da Silva
Agente de Polícia
Matrícula 42000335
Responsável pelo Atendimento


Antonio Pinto de Almeida
(Comunicante / Vítima)

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Número da Agência:

3 - CPF da vítima:

383.190.552-53

4 - Nome completo da vítima:

Antônio Pinto de Almeida

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUICP NR 445/2012

5 - Nome completo:

Antônio Pinto de Almeida

6 - CPF:

383.190.552-53

7 - Profissão:

8 - Endereço:

Lider Pública Rita 1101

9 - Número:

323

10 - Complemento:

11 - Bairros:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel. Pessoal:

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).

DADOS CADASTRAIS

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSCO INFORMAR
 SEM REVDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.000,00 ATÉ R\$2.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - TIPOS BANCÁRIOS (Somente uma ou mais opções):

CONTA POUPANÇA (Somente uma ou mais opções):
 Bradesco (232) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

 CONTA CORRENTE (Todas as bancos)

Nome do BANCO: Banco Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir número da agência)

(Inserir o número da conta)

AGÊNCIA:

CONTA:

85.381

(Inserir número da agência)

(Inserir o número da conta)

Além da Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha iniciativa, o valor da indenização/reembolso no Seguro DPVAT e que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a prelevação do crédito, a quitação total do valor recebido.

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

Declaro, não possuir laudo médico emitido por profissional habilitado (medico) que ateste a existência de lesões permanentes devidas ao acidente, ou que ateste a existência de lesões temporárias que permanecem permanentemente.

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.

Fiz o使我 assinalado, sofri o prazogramento da análise da meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidar permanentemente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme art. 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa grava consentimento com a futura avaliação médica da residência ou direito de contestar, caso desacordo da sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos Falecidos 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos Falecidos 33 - Vítima deixou Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, ressarcindo, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá ensejar a ocorrência de cassação do valor recebido, e/ou da insuficiência criminal, por efeitos do artigo 259 do Código Penal.

34 - 35 - Nome legível de quem assina a rego/a pedido
 36 - CPF legível de quem assina a rego/a pedido

37 - Assinatura de quem assina a rego/a pedido

38 - 39 - Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Rio de Janeiro, 10/10/19
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

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: 30/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO PINTO DE ALMEIDA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00250-X

CONTA: 00000085481-6

Nr. da Autenticação BE3D1D41AB66C242

Matrícula: 896969

Julho/2019

Dados do Cliente:

MARIA DE JESUS PINTO ALMEIDA

Endereço para entrega:

RUA JT 81 A, NUM. 323 - OLÍMPICO BOA VISTA
TA RR 69314-579

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.021.631.0230.000	27	1000	RESIDENCIAL
Hidrômetro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
NÃO MEDIDO		LIGADO	POTENCIAL
LEITURA INF.	ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)
		10	0
DT. LEITURA			NUM DE DIAS

ULTIMOS CONSUMOS

201906	10-0
201905	10-0
201904	10-0
201903	10-0
201902	10-0
201901	10-0
MÉDIA	10

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Análises Realizadas na Rede de Distribuição DECRETO FEDERAL N.º 546/2 - 2005 G.M.					
AMOSTRA	CLORO	TURBIDEZ	OSM	C. TOTAL	E. COLI
EXTRÍNECO	100	100	100	100	100
ANALISADO	100	100	100	100	100
CONFORME	100	100	100	100	100

DESCRICAÇÃO

AGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
CONSUMO DE AGUA

10 M3 23,83

IMPRESSO: EPM 2 EL4-07-2619 39:09:13

Via do Cliente

15/08/2019 TOTAL A PAGAR

23,83

AVISO: EM 31/05/2019 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
896969	07/2019	15/08/2019	23,83

826000000000- 8 23830004001- 7 00089696901- 1 07201930003- 6

