Consulta de Veículos na Base Local

Consulta Local por Placa: NAM0945 **Situação:** 1-EM CIRCULACAO

DADOS DO VEICULO

Placa: NAM0945 **Chassi:** 9C2JC4110AR633401 **Renavam:** 00208755977 **Remarcado(S/N):** N

Município: 00301-BOA VISTA **Marca/Mod:** 002844-HONDA/CG 125 FAN KS

Procedência: 1 - NACIONAL **Tipo:** 04-MOTOCICLETA **Espécie:** 01-PASSAGEIRO

Categoria: 01-PARTICULAR - **Combustível:** 02-GASOLINA **Ano Mod/Fab:** 2010 / 2010

Cor: 11-PRETA **Cap Passag:** 002 **Potência:** 000 **Cilindradas:** 0124

Carroceria: 999-NAO APLIC. **Nº Motor:** JC41E1A633401 **Nº Câmbio:**

Faixa Seguro: 09 **Deficiente Físico:** **Selo Idoso:**

Roubo Furto: N **Data da Última Atualização:** 06/05/2010 **Taxi:** NAO

Ano Último CRLV Emitido: 2015 **Ano Último Licenciamento:** 2015 - Autorizado em 13/12/2017

Observações: PROIB SAIR AMAZ OCID

Ind. Restrição: 9997 - SEM RESERVA DE DOMINIO

Numero do Lacre: 0016942027RR

Número de autorização:

DADOS DO PROPRIETÁRIO

Nome: ARAUJO E SARAIVA LTDA **CPF/CNPJ:** 07.573.569/0003-57

Endereço: AV VILLE ROY **Nº:** 6643 **Bairro:** CENTRO

Complemento: **Cidade:** BOA VISTA **Cep:** 69301000

Data Aquisição 0km: 03/05/2010 **Valor 0km:** 5540,00

Data Transferência: 03/05/2010 **Valor:** 5540,00 **Nº Doc. Aquisição:** 03819

PROPRIETÁRIO ANTERIOR

Nome: RORAIMA MOTORES LTDA **CPF/CNPJ:** 04.050.068/0003-06

Endereço Anterior: BOA VISTA **UF:** RR

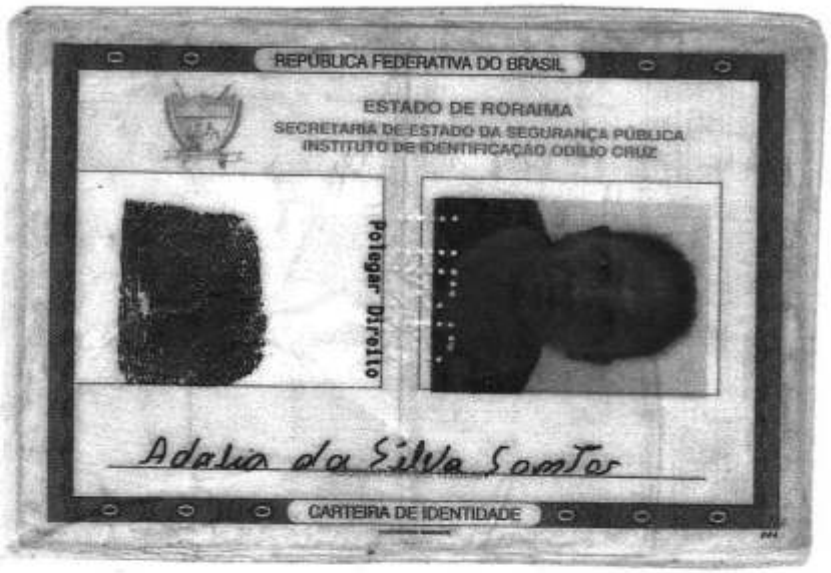
DADOS DA DOCUMENTAÇÃO

Data CRV: 06/05/2010 **Nº CRV:** ******** **Data CRLV:** 13/11/2015 **Nº CRLV:** 010216387407

RESTRIÇÕES

07-BENEFICIO TRIBUTARIO

Observações: PROIB SAIR AMAZ OCID **Nº Restrição:**



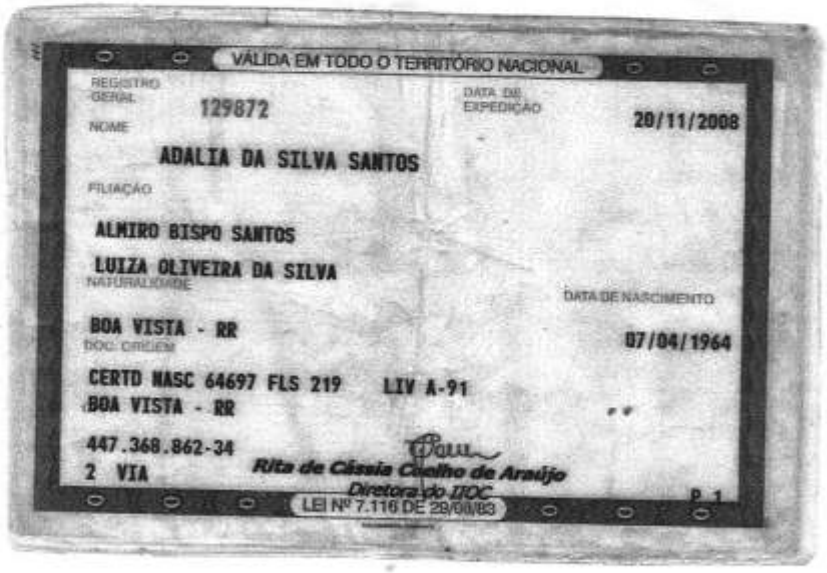
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODÍLIO CRUZ

Polegar Direito

Adalia da Silva Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 129872

DATA DE EXPEDIÇÃO 20/11/2008

NOME ADALIA DA SILVA SANTOS

FILIAÇÃO
ALMIRO BISPO SANTOS
LUIZA OLIVEIRA DA SILVA

NATURALIDADE BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO 07/04/1964

DOC. ORIGEM CERTD NASC 64697 FLS 219 LIV A-91
BOA VISTA - RR

447.368.862-34
2 VIA

Rita de Cássia Coelho de Araújo
Diretora do IIOC

P 1

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

563738

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0429747/19

Vítima: ALEX DOS SANTOS PEREIRA

CPF: 004.007.762-43

Seguradora: ALFA SEGURADORA

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/06/2019

Titular do CPF: ALEX DOS SANTOS PEREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALEX DOS SANTOS PEREIRA : 004.007.762-43

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: 03/12/2019
Nome: ALEX DOS SANTOS PEREIRA
CPF: 004.007.762-43

ALEX DOS SANTOS PEREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190673138 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: ALEX DOS SANTOS PEREIRA **Data do acidente:** 29/06/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA PELVE EM LIVRO ABERTO.

Descrição do exame físico: AO EXAME, DEAMBULANDO COM APOIO DE MULETAS DEVIDO INSTABILIDADE MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIRIETO QUE ESTÁ COM SINAIS DE ATROFIA, INSTABILIDADE MOTORA DE SUSTENTAÇÃO DO CORPO. TESTE DE PATRICK POSITIVO LADO DIREITO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DA PELVE EM LIVRO ABERTO E REALIZOU TRATAMENTO CIRÚRGICO REDUÇÃO E COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO POR QUASE 03 MESES. FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM NOVEMBRO DE 2019.

Sequelas permanentes: DÉFICIT FUNCIONAL EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/12/2019

Conduta mantida:

Observações: CONFORME A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO HÁ LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU MÉDIO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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 inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R$ 4.725,00
		Total	**35 %**	**R$ 4.725,00**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190673138 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: ALEX DOS SANTOS PEREIRA **Data do acidente:** 29/06/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA PELVE EM LIVRO ABERTO.

Descrição do exame físico: AO EXAME, DEAMBULANDO COM APOIO DE MULETAS DEVIDO INSTABILIDADE MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIRIETO QUE ESTÁ COM SINAIS DE ATROFIA, INSTABILIDADE MOTORA DE SUSTENTAÇÃO DO CORPO. TESTE DE PATRICK POSITIVO LADO DIREITO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DA PELVE EM LIVRO ABERTO E REALIZOU TRATAMENTO CIRÚRGICO REDUÇÃO E COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO POR QUASE 03 MESES. FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM NOVEMBRO DE 2019.

Sequelas permanentes: DÉFICIT FUNCIONAL EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/12/2019

Conduta mantida:

Observações: CONFORME A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO HÁ LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU MÉDIO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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 inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R$ 4.725,00
		Total	**35 %**	**R$ 4.725,00**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190673138 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEX DOS SANTOS PEREIRA **Data do acidente:** 29/06/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE PELVE EM LIVRO ABERTO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	25%	R$ 3.375,00
		Total	**25 %**	**R$ 3.375,00**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190673138 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEX DOS SANTOS PEREIRA **Data do acidente:** 29/06/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE PELVE EM LIVRO ABERTO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	25%	R$ 3.375,00
		Total	**25 %**	**R$ 3.375,00**

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0429747/19

Vítima: ALEX DOS SANTOS PEREIRA

Data do acidente: 29/06/2019

CPF: 004.007.762-43

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALEX DOS SANTOS PEREIRA

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALEX DOS SANTOS PEREIRA : 004.007.762-43

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 03/12/2019	Data do cadastramento: 03/12/2019
Nome: ALEX DOS SANTOS PEREIRA	Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 004.007.762-43	CPF: 104.396.626-99
ALEX DOS SANTOS PEREIRA	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, 06 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190673138 **Vítima: ALEX DOS SANTOS PEREIRA**

Data do Acidente: 29/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALEX DOS SANTOS PEREIRA

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, 13 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190673138

Vítima: ALEX DOS SANTOS PEREIRA

Data do Acidente: 29/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ALEX DOS SANTOS PEREIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.
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

Pag. 01179/01180 - carta_02 - INVALIDEZ

00070590

Carta nº 15234428

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, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190673138 **Vítima: ALEX DOS SANTOS PEREIRA**

Data do Acidente: 29/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALEX DOS SANTOS PEREIRA

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$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%
Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R$ 4.725,00

Recebedor: **ALEX DOS SANTOS PEREIRA**
Valor: **R$ 4.725,00**
Banco: **104**
Agência: **000003027**
Conta: **000000031511-4**
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

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do sinistro:	3190673138
Nome do(a) Examinado(a):	ALEX DOS SANTOS PEREIRA
Endereço do(a) Examinado(a):	R JACANA 993 JD PRIMAVERA
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	004.007.762-43
Data e local do acidente:	29/06/2019 BOA VISTA - RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 19/12/2019

Resultado da Avaliação Médica

I) Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.
VITIMA DE COLISÃO MOTO/CARRO COM CONSEQUENTE FRATURA DA PELVE- EM LIVRO ABERTO

II) Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
VITIMA REALIZOU TRATAMENTO CIRÚRGICO REDUÇÃO + COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO POR QUASE 03 MESES + REPOUSO; FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM NOVEMBRO DE 2019

III) Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.
DEAMBULANDO COM APOIO DE MULETAS DEVIDO INSTABILIDADE MOTORA DO MID- NA INSPEÇÃO OBSERVO MID COM SINAIS DE ATROFIA, INSTABILIDADE MOTORA DE SUSTENTAÇÃO DO CORPO// TESTE DE PATRICK POSITIVO LADO D

IV) Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) SIM ( ) NÃO

V) Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?
(X) SIM ( ) NÃO

VI) Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente.
MID: COMPROMETIMENTO ANATOMOFUNCIONAL EM GRAU MODERADO

VII) Segundo previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31° da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

( ) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em __ dias.

( ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de transito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): MEMBRO INFERIOR DIREITO
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve (X) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

VIII) .* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

Dra. Regina Claudia Rebouças Mendes Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO - Registro no CRM: 1032 - RR

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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: 004.007.762-43
4 - Nome completo da vítima: ALEX DOS SANTOS PEREIRA

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: ALEX DOS SANTOS PEREIRA
6 - CPF: 004.007.762-43
7 - Prpfissão: TECNICO REFRIGERAÇÃO
8 - Endereço: RUA JAÇANA
9 - Número: 993
10 - Complemento:
11 - Bairro: JARDIM PRIMAVERA
12 - Cidade: BOA VISTA
13 - Estado: RR
14 - CEP: 69.314-182
15 - E-mail: confiancacst@hotmail.com
16 - Tel.(DDD): (95) 98118-1200

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)
AGÊNCIA: 3027 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 0031511 4 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.**

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA-RR, 21 de novembro de 2019

Alex dos Santos Pereira
41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 019532/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 29/06/2019 17:48 Data/Hora Fim: 29/06/2019 18:01
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 065298 Série J Data: 29/06/2019
Delegado de Polícia: Clayton Alexandre Ellwanger

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 3º Distrito Policial
Data/Hora do Fato: 29/06/2019 15:20

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Av. Dom Aparecido José Dias
Bairro: Cidade Satélite
Nº: 4354

Ponto de Referência: Farmácia Olimpico
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: Acidente de trânsito sem vítima - Outros	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: VALDENILDA SIMÕES LAURINDO (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira
Sexo: Feminino
Idade 39
Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua R
Nº: 132
Bairro: Cidade Satélite

Nome Civil: ALEX DOS SANTOS PEREIRA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira
Sexo: Masculino
Idade 30
Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rjua Jaçanã
Nº: 993
Bairro: Jardim Primavera

Nome Civil: JAMILLY DA SILVA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira
Sexo: Feminino
Idade 14
Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Jaçanã
Nº: 993
Bairro: Jardim Primavera

Razão Social: POLICIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público
Endereço

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 019532/2019

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo
Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 07.573.569/0003-57
Placa NAM0945
Renavam 00208755977
Número do Motor JC41E1A633401
Número do Chassi 9C2JC4110AR633401
Ano/Modelo Fabricação 2010/2010
Cor PRETA
UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN KS
Modelo HONDA/CG 125 FAN KS
Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 06/05/2010
Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido	Envolvimentos
Alex dos Santos Pereira	Proprietário

Grupo Veículo
Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário 085.479.167-17
Placa NOR7868
Renavam 00227586557
Número do Motor SMRBB236951
Número do Chassi 9BFZK53A3BB236951
Ano/Modelo Fabricação 2011/2010
Cor VERMELHA
UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo FORD/KA FLEX
Modelo FORD/KA FLEX
Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 16/09/2015
Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Valdenilda Simões Laurindo	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Senhor delegado,

Fomos acionados via CIOPS para averiguar ocorrência de acidente de trânsito no endereço acima citado. Chegando ao local os Senhores Alex dos Santos Pereira e Jamilly da Silva haviam sido socorridos pelo Samu e a Senhora Valdenilda Simões Laurindo estava muito nervosa e não conseguiu informar ao certo o que aconteceu. Populares nos informaram que a senhora Valdenilda Simões Laurindo estava conduzindo seu carro (FORD/KA FLEX, COR VERMELHA, PLACA NOR7868) pela Avenida Dom Aparecido José Dias, sentido bairro-centro, quando ao fazer a conversão para a esquerda para entra na rua R, não percebeu que o senhor Alex dos Santos Pereira conduzia a motocicleta (HONDA/CG FAN 125, COR PRETA, PLACA NAM0945) na mesma avenida mais no sentido oposto (sentido centro-bairro) ocasionando a colisão. Como o local foi violado não foi acionado a pericia. Ambos os condutores não possuem habilitação. O carro estava com a documentação em dias, a motocicleta com documentação em atraso, não sendo possível recolher ao pátio do DETRAN por falta de meios e foi entregue a familiares.

Era o que tinha a relatar.

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 019532/2019

ASSINATURAS

Carlos Ernanes Benevenuto Miranda
Agente de Polícia
Matrícula 42000447
Responsável pelo Atendimento

Policia Militar do Estado de Roraima
(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 dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Jefferson Inácio Araujo
Agente de Polícia Civil
Mat. 0000000-0

DAT
AGO. 2019
AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

PMRR-1°BPM

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

SÉRIE J
Nº 095298

VTR	SUOp	DATA	S/SETOR	H/Trans	H/Inicial	H/Chegada	H/Final
628	1º BPM	29/06/2019	LESTE	15:10	15:10	15:20	17:00

Código. Ocorrência	Cód. Providência	Cód. Serv. Prest.	KMI	KMF
1001/1003	13023	----------	97.523	97.538

LOCAL DA OCORRÊNCIA

Rua/Av. AVENIDA DOM APARECIDO JOSÉ DIAS | Nº 4354 | Bairro: CIDADE SATELITE | Ref. FARMACIA OLIMPICO

PESSOAS RELACIONADAS

1 **ENVOLVIDA** Nome: **VALDENILDA SIMÕES LAURINDO** | Idade 39 A | Estado Civil SOLTEIRA
Endereço: RUA R, 132, CIDADE SATELITE
CPF 085.479.167-17 | CNH ---------- | Profissão: DO LAR

2 **ENVOLVIDO** Nome: **ALEX DOS SANTOS PEREIRA** | Idade 30 A | Estado Civil SOLTEIRO
Endereço: RUA JAÇANÃ , 993, JARDIM PRIMAVERA
RG: 309.121-0 SSP/RR | CNH ---------- | Profissão: TEC EM REFRIGERAÇÃO

3 **ENVOLVIDA** Nome: **JAMILLY DA SILVA** | Idade 14 A | Estado Civil SOLTEIRA
Endereço: RUA JAÇANÃ , 993, JARDIM PRIMAVERA
RG: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | CNH XXXXXXXXXXXXXXXX | Profissão: ESTUDANTE

DANOS MATERIAIS

V1: MOTOCICLETA HONDA/CG FAN 125, COR PRETA, PLACA NAM0945: DANOS NA PARTE FRONTAL DA MOTOCICLETA E TANQUE.

- MOTOCICLETA ENTREGUE AO SENHOR ADEMIR FERREIRA DE LIMA, CAT AB, REGISTRO 01668319604, CGM – Inspetor de área;

V2: AUTOMOVEL FORD/KA FLEX, COR VERMELHA, PLACA NOR7868: DANOS NA PARTE LATERAL DIANTEIRA DO LADO DO PASSAGEIRO NA LATARIA E RODA.

- AUTOMOVEL ENTREGUE AO SENHOR DHEYVIDY SILVA CARDOSO, CAT AB, REGISTRO 06003715821, FUNCIONARIO PUBLICO;

ASSINATURA		CARGO MATRÍCULA	APG	LOCAL	3ª DPD

Senhor(a) Delegado(a),

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

Fomos acionados via CIOPS para averiguar ocorrência de acidente de transito no endereço acima citado. Chegando ao local os Senhores Alex dos Santos Pereira e Jamilly da Silva haviam sido socorridos pelo Samu e a Senhora Valdenilda Simões Laurindo estava muito nervosa e não conseguiu informar ao certo o que aconteceu. Populares nos informaram que a senhora Valdenilda Simões Laurindo estava conduzindo seu carro (FORD/KA FLEX, COR VERMELHA, PLACA NOR7868) pela Avenida Dom Aparecido José Dias, sentido bairro-centro, quando ao fazer a conversão para a esquerda para entra na rua R, não percebeu que o senhor Alex dos Santos Pereira conduzia a motocicleta (HONDA/CG FAN 125, COR PRETA, PLACA NAM0945) na mesma avenida mais no sentido oposto (sentido centro-bairro) ocasionando a colisão. Como o local foi violado não foi acionado a pericia. Ambos os condutores não possuem habilitação. O carro estava com a documentação em dias, a motocicleta com documentação em atraso, não sendo possível recolher ao pátio do DETRAN por falta de meios e foi entregue a familiares.

Era o que tinha a relatar.

Silva	40.861-1	CB PM	1° BPM/CPC
ANA PATRÍCIA LOPES DA SILVA	CADASTRO	POSTO/GRAD.	SUOp

POLÍCIA MILITAR - RR
CPC-P2-P3
CONFERE COM ORIGINAL
DATA 30/07/19

Adailson Santos da Silva
Func. Civil PM/RR
Mat. 44005023

SEGURADORA LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha n(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: 004.007.762-43

4 - Nome completo da vítima: ALEX DOS SANTOS PEREIRA

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: ALEX DOS SANTOS PEREIRA

6 - CPF: 004.007.762-43

7 - Profissão: TECNICO REFRIGERAÇÃO

8 - Endereço: RUA JAGANA

9 - Número: 993

10 - Complemento:

11 - Bairro: JARDIM PRIMAVERA

12 - Cidade: BOA VISTA

13 - Estado: RR

14 - CEP: 69.314-182

15 - E-mail: confiancaest@hotmail.com

16 - Telefone: (95) 99118-1200

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)

AGÊNCIA: 3027 (informar o dígito se existir) CONTA: 0031511 4 (informar o dígito verificador)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: (informar o dígito se existir) CONTA: (informar o dígito verificador)

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 a dívida, 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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

24 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado/União Estável ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do falecimento:

25 - Grau de parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar: Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou neto(a)/bisneto(a)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar: Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/sobrevivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital do dedo polegar do(a) requerente (Obrigatório)

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: BOA VISTA - RR, 21 de novembro de 2019

Alex dos Santos Pereira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 16/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEX DOS SANTOS PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 000000031511-4

Nr. da Autenticação 94241274F4DE8FFF

RORAIMA ENERGIA

Para contato conosco informe este número

SEU CÓDIGO 0039289-8

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 – Centro – Boa Vista – RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 003269421

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$)
JULHO/2019	21/08/2019	329	289,21

DALIA DA SILVA SANTOS
. JACANA 993 JARDIN PRIMAVERA
CPF: 00044736886234
CEP: 69.314-182 - BOA VISTA

ROT: 11.001.19.02.081600

DADOS DA LEITURA	kWh	kVArh
Atual:	26823	
Anterior:	26494	
Constante de Multiplicação:	1,000	
Consumo Medido:	329	
Consumo Faturado:	329	FCAH

DATAS DA LEITURA	
Atual:	18/07/2019
Anterior:	17/06/2019
Próxima Leitura:	18/08/2019
Emissão:	17/07/2019
Apresentação:	18/07/2019

NORMAL

31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
SID.BX.RENDA MONO	F2722273 N	1511204	1.4.1.1		614

HISTÓRICO kWh

Mês/ano	consumo
UN/19	272
AI/19	317
BR/19	296
AR/19	615
EV/19	587
AN/19	729
EZ/18	721
OV/18	796
UT/18	824
ET/18	735

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 30 - 0,217500
31 A 100 - 0,[illegible]
101 A 220 - 0,[illegible]
221 A 325 - 0,[illegible]
326 A 325 - 0,621650

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
	109 A R$ 0,748975 =		81,63
SUBVENCAO BAIXA RENDA		- 49,72	
CORR MONETARIA TCD (IG 20/24			7,20
PARCELAMENTO DE DEBITO 20/24			54,65
ILUMINACAO PUBLICA			25,53

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

es/Ano	Valor R$
5/2019	279,96

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 02/08/2019, em função das contas reavisadas nesta fatura. O não pagamento poderá acarretar também a inclusão do nome do consumidor no SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e não reavisada(s) no valor de R$ 5.140,51 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

GUE 08007019120 E FACA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO FD2F.3E52.9866.9694.FE80.89F4.F7E4.897B

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R$

Distribuição:	51,85
Energia:	109,96
Transmissão:	0,00
Encargos:	5,71
Tributos:	34,31

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R$

Base de Cálculo:	201,83
Alíquota ICMS:	17,00%
Valor do ICMS:	34,31
Valor do PIS:	0,00
Valor do COFINS:	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24 18,49 36,99 8,46 16,92 33,84 4,99
5,92 15,00 1,02

FLORESTA

05/2019 31,12

ROT: 11.001.19.02.081600

RORAIMA ENERGIA

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez 691 – Centro – Boa Vista – RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR – R$
0039289-8	289,21
MÊS FATURADO	**VENCIMENTO**
07/2019	21/08/2019

Nº da Nota Fiscal 003269421 FCAH

83650000002 8 89210075000 9 00000000039 8 28980719008 6

BLOCO A \ ACA-A

Guia de Atendimento 17

28/06/2019

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado de Saúde
Hospital Geral de Roraima - SAMU / HGR
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes S/N

Classificação: Vermelho, Laranja, Amarelo, Verde, Azul

Reclassificação: Vermelho, Laranja, Amarelo, Verde, Azul

Reclassificação: Vermelho, Laranja, Amarelo, Verde, Azul

DIURNO 07-19 27

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

18011263 | 28/06/2019 16:30:56

Prontuário: 57493

Paciente: ALEX DOS SANTOS PEREIRA

Data Nascimento: 20/09/1989 | Idade: 29 A 9 M 3 D | CNS: 898003286602576 | CPF: 00400778243

Tipo Doc: IDENTIDADE | Documento: 309121 0 | Orgão Emissor: SSPRHR | Data Emissão: 05/05/2009 | Sexo: M | Estado Civil: SOLTEIRO(A) | Raça/Cor: SEM INFORMAÇÃO | Naturalidade: BOA VISTA - RR | Nacionalidade: BRASILEIRA

Pai:

Contato: (95) 99136-0077

Mãe: ADALIA DA SILVA SANTOS

Ocupação: NÃO INFORMADA

Endereço: RUA - JACANA - 993 - JARDIM PRIMAVERA - BOA VISTA - RR

Class. de Risco | Nº da Carteira | Validade | Autorização | Nº Prenatal

Plano Convenio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Profissional do Atend. | Procedência | Temp. | Peso | Pressão

Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO

Caráter do Atendimento: URGÊNCIA

Procedimento Sol.

Registrado por: LEILSON.SOUSA

Setor: GRANDE TRAUMA

Hora de Chegada: SAMU CAPITAL

( ) Síndrome Febril ( ) Sintomático Respiratório ( ) Suspeito de Dengue

Queixa Principal

Acidente automobilístico (motociclista)

GSC: AO 1 2 3 4 RM 1 2 3 4 5 MV 1 2 3 4 5 6 | TOTAL

Anamnese de Enfermagem

Anamnese - (HORA DA CONSULTA: __:__ h)

Paciente vítima de provável acidente automobilístico (com capacete) em motocicleta. Refere dor em [illegible], lombar e membros.

Exame Físico

[illegible], BEG, AAA, anemocorado, hidratado, com deformidade em membro [illegible]. Espontâneo

Hipótese Diagnóstica

ADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
(1) Dipirona 1g EV		
(2) Tenoxicam 20 mg EV		
(3) Paracetamol 500 mg VO		
(4) [illegible]		
(5) [illegible]		

Conduta

( ) Alta por Decisão Médica
( ) Alta a Pedido
( ) Alta a Revelia
(X) Transferência para ORTOPEDIA

( ) Ambulatório
( ) Observação (Alta 24h)
( ) Internação
Data e Hora da Saída/Alta: __/__/__ __:__

Óbito

Ficha do 1º Atendimento? ( ) Sim ( ) Não Destino: ( ) Família ( ) IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Processado por: leilson.sousa
Data Hora: 28/06/2019 16:02:13

BLOCO A A: 14:12/07/2019

Alex Dos Santos Pereira

6443

26/04/88

Adriana Dos Santos

Paciente com fratura de pelve em livre aberto após acidente de motocicleta

AAS AS acima

Raio X, Tomografia e exame físico

Fratura de pelve com livre aberto

Fixador externo

Patrick

Patrick Roberto José
Cirurgião Traumatologista
CRM PR 6342

040.840.254
5324
0249

Nº 67

Alta 1.7

BOLETIM OPERATÓRIO

Alex dos Santos Pereira

BOL. OPERATÓRIO

Data 29/06/19

DIAGNÓSTICO PR. OPERATÓRIO Fratura de pelve em livre aberta

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA Fixador externo

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO

CIRURGIÃO: Dr Patrick

1º AUXILIAR: Dr Augusto

2º AUXILIAR: Rafael 7º ano (acadêmico)

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR: MAX - 3º ano (acadêmico)

ANESTESIA:

ANESTESISTAS

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

(01) Paciente em DDH sob raquianalgesia

(02) Assepsia e Antissepsia

(03) Colocação de campos estéreis

(04) Colocação do Fixador externo livre com redução da fratura

(05) Controle Radioscópico com intensificador de Imagem

(06) Fechamento

(07) AORPA

Após orientação
Dr. Patrick
29/06/19

Patrick Rubelo José
Cirurgião-Traumatologista
CRM-RS 15726

Dr. Augusto Constantino
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RS 1566

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

FICHA DE ANESTESIA

Alex dos Santos Ramos

PRÉ-ANESTESICO - DROGA - DOSE - VIA - HORA

2030 2120

A Bu Bd

Anestesia: Bupivacaina 0,5% 17,5mg + Fentanil 100mcg

Cirurgia: Raquianestesia lombar multiplas, simples, sob sedação esquema

Sangue: ST 09+, 1000ml

Operação: Fratura de punho

Anotações:
- Monitorização + check list
1. O/data de Ok sob CN.
2. Fentanil 100mcg
3. Raquianestesia lombar sorte 03/04, com agulha de Quincke nº 26G, 2cm após dura, injeção de Bupivacaina isobarica 0,5% 17,5mg
4. Efedrina 5mg IV
5. Ondansetron 4mg IV
6. Dexametasona 10mg IV
7. Efedrina 15mg IV
8. Encaminho a SAPS

Dr Patrick

Enfermeira: L. Rosal

101-1

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Lote: 010429 Código: F08 1 209
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA
SARTORI - LINEATX 3/3MLR T
360 ES1R5II
Fab.:04/01/2019 Val.:01/2024
Registro Anvisa Nº 80083650031
Material ACO INOX/ALUMINIO

Lote: 009508 Código: AF15 8 690
PINO INTRAMEDULAR OSSEO R
X C X 4,5 X 200 X T
Fab.: 13/12/2015 Val.: 12/2018
Registro Anvisa Nº 80083650026
Material ACO INOX F138

Lote Guilherme Sartori & Cia Ltda - RPP
CNPJ: 04.861.623/0001-80 Rio Claro/SP
Tel.: +55 19 3538-1910 info@sartorisini.br

Lote Guilherme Sartori & Cia Ltda - RPP
CNPJ: 04.861.623/0001-80 - Rio Claro/SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartorisini.br

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Alex dos Santos Pereira			25 / 06 / 19

CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
Tratamento cirúrgico de fratura aberta	INÍCIO 20:40	FIM 21:20	TEMPO TOTAL

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO: [illegible]	ANESTESISTA: Antonio
	RES. ANESTESIA: Leandro (R1)
1º AUXILIAR: Benjamin (R1)	INSTRUMENTADOR:
2º AUXILIAR:	CIRCULANTE: Eli Angela Moreira Wesley

TIPO DE ANESTESIA: Raqui

TEMPO DE DURAÇÃO:

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
☐	POTS COMPRESSAS C/05 UNID.		11	FRASCOS- SORO FISIOLOGICO 500 ml	
☑	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
☐	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
☑ ☑	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURI Nº 15			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUCÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			~~SURGICEL~~ Gladura 20 cm	
	SERINGA 03ML			~~CERA DE OSSO~~ Cimento P/raqui 26	
	SERINGA 05 ML			~~KIT CATARATA~~ Nº Bisturi, P/ CL	
	SERINGA 10ML			~~OXIGENAÇÃO~~ + cipro 750-500 ml	
	SERINGA 20ML			~~FITA CARDÍACA~~ Clorexidine 500	
☑	Extensores			~~OUTROS~~ álcool + OL 500 ml	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DO RESPONSÁVEL		DESTINAR PARA O CÓD. DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	
		SUB- TOTAL	
		TAXA DE SALA	
FUNCIONÁRIO DA CL. OS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE ANESTESIA	
		SOMA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

HGR

SAEP - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Nome: [illegible]
Data de Nasc: 26 / 09 / 89 Idade: 29a Setor/Leito: GT
Termo de Consentimento Cirurgia: ( ) Sim (X) Não
Termo de Consentimento Anestesia: ( ) Sim (X) Não
Data: 29 / 06 / 19

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Cirurgia Proposta: Fratura EE Punho
1. Informações:
Jejum: ( ) Sim (X) Não
Prótese: ( ) Sim (X) Não
Exames: (X) Sim ( ) Não
Reserva JTI: ( ) Sim (X) Não
Lateralidade: ( ) Sim (X) Não
FVE: ( ) Sim (X) Não
Alergia: ( ) Sim (X) Não
Qual:
Reserva de Hemoderivado: ( ) Sim (X) Não
Sujo:
2. Chegou ao Centro Cirúrgico:
( ) Deambulando
(X) Cadeira
( ) Com Suporte de O2
( ) P.O.T.
( ) Algema
3. Sinais Vitais:
T: °C
R: Rpm
FC: 88 bpm
PA: 90x60 mmHg
Sat: 100 %
(X) Regular ( ) Irregular
4. Anotações (Adornos do Paciente):
[illegible]

INTRA-OPERATÓRIO

Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia
20:10	20:31	20:40	21:20	20:34

Anestesia: Raque
Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura aberta
Posicionamento: D. Dorsal

Cirurgia Realizada: Tratamento cirúrgico de fratura aberta
Anestesia: Raque
Posicionamento: D. Dorsal

Hidratação Infundida: SF 0,9%: SG 5%: Outros:
Antibioticoterapia: Nome: cefalosporina Dose: 1g Hora: 20:50
Hemoderivados: CH: Plasma: Plaquetas:
N.º de Compressas Utilizadas:
N.º de Compressas Recolhidas:
Anatomia Patológica: ( ) Não ( ) Sim N.º Peças: ( ) Cultura ( ) Outras
Exames na SO: ( ) HR ( ) Hemograma ( ) DX ( ) Gasometria ( ) Outros:

Legenda:
1. Eletrodo
2. Cateter
3. Manguito PA
4. Fluxo de Ar
5. Incisão
6. Cânula O2
7. Venóclise
8. Drenos
9. SNG/SVD
10. Gaze
11. TOT (X) Não ( ) Sim N.º
12. SVD (X) Não ( ) Sim N.º
13. Outros

Localização: 1. Sonda 2. Cateter 3. Dreno 4. Acesso venoso 5. Outros

Sinais Vitais: Sales de SO
PA: MAX 88 mmHg MIN 99 mmHg FC: bpm
( ) Regular ( ) Irregular

Destino: ( ) SRPA ( ) JTI ( ) Óbito

SRPA

Sinais Vitais

Horário	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR 0/10
0'		MAX 55, 100	9		
15'		MIN 50	99	9	
30'					
45'					
1h					
DI 20 h					
2 h					

Observações:

Balanço Hídrico (PRÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO)

Entrada					Saída				
Hora	Medicação	CR	SNG/Volume	Dreno/Qual	Diurese	SVD/Aspecto	Dreno/Qual	Outros	

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)

paciente acordado, parâmetros estáveis sem queixas, PA (114x58) FC (76) SPO2 (100) após SRPA enc. p/ bloco A (10x-A) mantg. bom mantg.

Enfermeiro: [illegible] Coren-MA 476128

Atualizado pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente - NQSP/HGR em 05/2019

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CHECKLIST DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Data: alex dos Santos Pereira
Responsável: Enfermeiro Patrício

CONFERÊNCIA DE IDENTIFICAÇÃO

PACIENTE CONFIRMOU:
( ) Identidade
( ) Sítio Cirúrgico
( ) Procedimento
( ) Consentimento Cirúrgico ( ) Sim ( ) Não

RISCO CIRURGICO:
( ) Aplica ( ) Não se Aplica

TIPO DIVISÃO RIGADO
( ) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

( ) PERFIL DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDO

( ) EXAMES REQUERIDOS NO PACIENTE EM PRONTUÁRIO

O PACIENTE POSSUI:
( ) ALERGIA CONHECIDA
( ) Não ( ) Sim, Qual: _____

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO
( ) Não
( ) Sim, equipamento/assistência disponível

PERDA SANGUÍNEA > 500 ml
( ) Não
( ) Sim, acesso venoso adequado e planejamento para sangue

Assinatura
Data: ___ Hora: ___

ANTES DA INCISÃO

Anestesista: Sebastião

CONFIRMAÇÃO DA EQUIPE OPERATIVA

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:
(X) Identificação do paciente
(X) Sítio cirúrgico
(X) Procedimento

PONTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:
(X) REVISÃO DO CIRURGIÃO:
Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

(X) REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:
Alguma preocupação específica em relação ao paciente

(X) REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:
O material esterilizado, incluindo instrumentais, dreno e outros são necessários e dentro da validade de esterilização (incluindo controles de indicador). Há questões pendentes ou alguma preocupação.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.
( ) Não se aplica
(X) Sim
Qual: Cefalozolina Horário: 10:50

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.
(X) Sim
( ) Não se aplica

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA DA SALA DE OPERAÇÕES

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

1. O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
(X) Sim ( ) Não

2. SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS
(X) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplicam

3. COMO A AMOSTRA PARA ANÁLISE PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
( ) Sim ( ) Não (X) Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
( ) Sim (X) Não

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

Assinatura e Carimbo

HOSPITAL DE CLÍNICAS
PROF. ANTONIO CARLOS PRESTES JÚNIOR

FICHA DE ATENDIMENTO

Tipo Cirurgia:

Tratamento cirurgico de lesões abertas

Data: 29/06/2019

Nome: Alex dos Santos Pereira Idade: 29 anos

Sexo: Raça:

Cor: Escadas 3SC

Endereço: Wisley e Elizangela nº Apto: 04

Diagnóstico Cirurgico:

Material Utilizado:

Fixador 3SC

Médico Responsável

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME

Lote: 820435 Código: 536 2 209
SISTEMA DE FIXACAO OSSEA
SARTORI - LINEAR FEMUR T
350 - ESTERIL
Fab.:04/01/2019 Val.:01/2024
Registro Anvisa Nº 80098650031
Material ACO INOX ALTAMENTE

Lote: 009598 Código: A835 5 680
PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R
X C X 4,5 X 280 X T
Fab.: 12/12/2018 Val.: 12/2023
Registro Anvisa Nº 80098650016
Material ACO INOX F138

A-101-0

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

DATA DE ADMISSÃO			DIP		DN
PACIENTE	Alex Ton Santos Pereira				
DIAGNOSTICO	Fratura de Colo de fêmur direito				
ALERGIAS	Negra	PAS	NEGA	DMZ	NEGA
IDADE	24 anos	LEITO		DATA	29/06/2013

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	AMP. SFG 9% 500ml 12/12	
3	DIPIRONA 1g EV 6/6h	SUSPENSO
4	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N	10-22h
5	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ml EV 8/8h (20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	SN
6	PLASIL 10 mg EV 6/6h (S/N)	SN
7	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS	SN
8	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	SN
9	SENNA 2 COMP 8/8	SN
10	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMHG	Retura
12	CURATIVO DIARIO	SN
14	Cefalotina 400mg EV ou Ceftriaxona 1g EV 12/12	Retura 24h 12h
16	Clexane 40mg SC 1vez ao dia	16h
17		
18		
19		
20		

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONSOANTE 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 O ANESTESISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ok bloco para programação cirúrgica

SINAIS VITAIS			
6 H	120x60	79	36°C
12 H			
18 h			
24 H			

MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

22:00
PA: 110x60
FC: 78
T: 36°C

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO | DIH | DN

PACIENTE ALEX DOS SANTOS PEREIRA
DIAGNÓSTICO FX PELVE
ALERGIAS

IDADE	HAS	NEGA	DM2	NEGA
	LEITO	101-1	DATA	30/6/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	SF0,9% 500ML EV 12/12H	
3	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN	
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR IN	
7	PLASIL 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	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA	
16		
17		
18		
19		
20		

DR. CALINDRON
CRM

SF DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (EC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; 401-450: 10UI; OU GLICOSE A 70 GLIC/L CLOUSE 50% 20 ML EV – AVISAR PLANTONISTA

JUN 2019

EVOLUÇÃO MÉDICA

BEG, EUPNÉICO, NORMOCORADO / ANICTÉRICO
AR: MVF SEM RA
AB: SEM ALTERAÇÕES
MEMBROS COM PULSOS E PERFUSÃO
SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS
CD: MANTIDO SUPORTE CLÍNICO
PROGRAMAÇÃO: NO AGUARDO DE CIRURGIA ORTOPEDICA

Dr. Mateus Brunner
Médico
CRM-RR 1917

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	96/54	80		
12 H	107/62	65		35,9
18 H	108/62	68		35,3
24 H	95/69	78		36

[illegible] [illegible] ADMISSÃO DE ENFERMAGEM [illegible]

Ala: A   Data: 30-06-19   Enfermaria: 101-1   Leito:

Nome completo: Alex dos Santos Pereira   DN: [illegible]   Sexo: ☐ F ☒ M

Hipótese diagnóstica: Fx. Pelve

Isolamento ou Precaução: ☐ [illegible] ☒ Não ☐ Padrão ☐ Contato ☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ Gotículas/aerossóis/gotas

Alergias: ☐ Sim ☐ Não   Quais:

Necessita de intérprete? ☐ Sim ☒ Não   Qual idioma:

Possui acompanhante? ☒ Sim ☐ Não   [illegible]: Namorada / Mãe

Deambulação: ☐ Normal ☐ [illegible] ☒ Acamado ☐ Cadeira de rodas ☐ [illegible] ☐ [illegible]

[illegible]

☒ [illegible] ☒ [illegible] ☐ [illegible]
☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible]
☐ Agitado ☐ [illegible] ☐ [illegible]

SISTEMA CARDIOVASCULAR

☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible]   PA:
☐ [illegible] ☐ Hipotenso ☐ Hipertenso   FC:
☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ Arritmia   Pulso:

PUPILAS

☒ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible]
☒ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible]

NUTRIÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

☒ VO ☐ SNE/SOG ☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ NPT
Aceitação da dieta: ☒ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible]
Eliminação: ☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible]
☐ Normal ☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible]
☐ [illegible] ☐ [illegible]

[illegible]

☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible]
☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible]
☐ Hiperemia

[illegible]

☐ [illegible] ☒ [illegible] ☐ [illegible]
☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible]
☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible]
☐ [illegible] ☐ [illegible]
Úlcera por pressão: ☐ Sim ☐ Não
Região:
Curativo realizado: ☐ Sim ☐ Não   [illegible] ☒ [illegible] NÃO

[illegible]

☒ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible]
☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible]
[illegible]: ☐ [illegible] ☐ [illegible]
[illegible]: ☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ Não

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

☐ Espontânea ☒ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible]
☐ Poliúria ☐ [illegible] ☐ [illegible] ☒ [illegible]
☐ Disúria ☐ [illegible] ☐ [illegible]

SISTEMA RESPIRATÓRIO

☒ Eupneico ☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible] ☒ Ar ambiente ☐ [illegible]
Oxigenoterapia: ☐ Sim ☐ Não   Qual:

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES

[illegible]: ☒ Sim ☐ Não   Local: ______   [illegible]   [illegible]: ______
Cateter Central: ☐ Sim ☐ Não   Local: Curativo realizado em: ______   Troca em: ______
Sinais de infecção no sítio de inserção: ☐ Sim ☐ Não
Sondas: ☐ Sim ☐ Não ☐ SNG ☐ SOG ☐ SNE ☐ SOE ☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible]
Drenos: ______   [illegible]: ______   Quantidade: ______
[illegible]: ☐ [illegible] ☐ [illegible]   [illegible]: ______   [illegible]: ______
[illegible]: ☐ [illegible] ☐ [illegible]   [illegible]   Local:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

☐ [illegible]
☒ Risco de infecção
☐ Risco de [illegible]
☐ [illegible]
☐ Risco de desequilíbrio [illegible]
☐ [illegible]
☐ [illegible]
☐ [illegible]
☐ [illegible]
☒ [illegible]
☒ [illegible]
☐ [illegible]
☐ [illegible]
☒ [illegible]
☒ Risco de lesão por pressão
☐ Risco de Quedas
☐ [illegible]
☒ [illegible] prejudicada
☐ Risco [illegible]
☐ [illegible]

[illegible]

1. [illegible] de queda		2. [illegible]	
Não	0	Não	0
Sim	25	Sim	20
3. [illegible]		5. [illegible]	
Não		[illegible]	
Sim	15	[illegible]	10
3. [illegible]		[illegible]	20
[illegible]		6. [illegible]	
[illegible]		[illegible]	
[illegible]		[illegible]	
TOTAL	[illegible]	[illegible]	[illegible]

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		D'II		DN	
PACIENTE	ALEX DOS SANTOS PEREIRA				
DIAGNÓSTICO	FX PELVE				
ALERGIAS		IAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	101-1	DATA	01/07/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA CHALEIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	
3	SF 0,9% 500ML EV 8/8H	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	SN
5		
6	TRAMADOL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR	SN
7	NAFEBUTINA 10 MG + 100ML SOF 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM	SN
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	
13	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 100 E OU PAD > 110 MMHG	SN
17	SSVV + GCGG 6/6 h	
18	CURATIVO DÁRIO	
19		
20		
21		

SE DIABÉTICO CORREÇÃO EV INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA SN
201-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE 5%
DU/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:
ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, ALERTA, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO:
CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA

Leito 14 36,8c

SINAIS VITAIS

	PA	FC	FR
6 H			
12 H	14x9		
18 H			
24 H	14x6	82	36,5c

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO
CRM-RR 7028
Residente de Ortopedia e Traumatologia

Ja cobrei fabricação C.P.M
SSVV, mantidos

Medicina e Enfermagem	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualiza:
Controle de Feridas	Paciente: ALEX DOS SANTOS		
	Leito: 301-1	Data: 01 / 07 / 19	

Localização	Região: QUADRIL	Região: MIO
	( ) Venosa ( ) Arterial ( ) Mista ( ) Pé Diabético ( ) Pressão ( ) Outros	( ) DPI I II III IV ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DDA ( ) Trauma ( ) Tração ( ) Fixador Externo ( ) Compressa ( ) Outro
Etiologia	Grau: 2	Grau:
Aspectos da Lesão	( ) Necrose Amarela/Negra ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Fibrina Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros	( ) Necrose Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Fibrina Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	( ) Normal ( ) Maceração ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro	( ) Normal ( ) Maceração ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro
Tipo de Exudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Seroso ( ) Seco ( ) Outro	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Seroso ( ) Outro
Quantidade de Exudato	( ) Abundante ( ) Moderado ( ) Seco	( ) Abundante ( ) Moderado ( ) Pouco
Solução de Limpeza	( ) Soro Fisiológico ( ) Rivanol 1% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Mercurocromo 2% ( ) Outro
Cobertura Utilizada	( ) Gaze ( ) Colagenase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Outro
Data	( ) 01/07 ( ) Hoje ( ) 48/-8h	( ) 01/07 ( ) Hoje ( ) 48/-8h
Profissional que realizou procedimento	Bruno S. Pereira Técnico de Enfermagem COREN-SP 81.256 / Juciene Gomes de Lima Auxiliar de Enfermagem Coren-RJ 39.903	Bruno S. Pereira Técnico de Enfermagem COREN-SP 81.256 / Juciene Gomes de Lima Auxiliar de Enfermagem Coren-RJ 39.903
Observações		

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

DATA DE ADMISSÃO | DIH | DIN

PACIENTE: ALEX DOS SANTOS PEREIRA
DIAGNÓSTICO: LX SINFISE PUBICA
ALERGIAS: NEGA | HAS: NEGA | DM2: NEGA
IDADE | LEITO: 101-1 | DATA: 02/07/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SVD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	
3	SF 0,9% 500ML EV 8/8H	
4	D PIRONA 500MG EV 6/6H SN	
5		
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR	SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA CITE	SN
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DL 8/8 h	
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/8H	
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	12
13	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	20h
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
17	SSVV + CCGG 6/6 H	
18	CURATIVO DIARIO	
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 DGME, GLICOSE 10% 10 ML EV – AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:
ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMPLACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, ACORÁLICO, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO:
CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Dalson Fernandes
Ortopedista
CRM-RR 1024

SINAIS VITAIS

	PA	FC	FR	
6 H				
12 H	120x70	69	–	36°
18 H	120x50	70	12	35°
24 H	130x60	80		

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO
CRM RR 2078
Residente de Ortopedia e Traumatologia

Paciente no leito, lucido, colar cervical, SSVV no gráfico

18h paciente no leito medicado conforme prescrição médica, sem SSVV, acompanhado familiares.

06h – 130x60 9:39 T:36

Edmar Aparecido Mates
Téc. de Enfermagem
COREN/RR 907 672

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – [illegible]

Data: [illegible] Leito: 02/21 Enfermaria: [illegible]

Nome Completo: [illegible]

Hipótese Diagnóstica: [illegible] ( ) Pré-natal ( ) [illegible] ( ) Setor de origem ( ) Cirurgias realizadas

Isolamento ou Precaução: ( ) Sim ☒ Não

Qual? [illegible]

Alergias: ( ) Sim ☒ Não Qual informa: [illegible]

Necessidade de intérprete? ( ) Sim ☒ Não

Possui acompanhantes: ☒ Sim ( ) Não Obs: [illegible]

( ) Lavar as mãos ( ) Face ( ) Comprometimento/cavidade oral

Deambulação: ( ) Normal ( ) Com dificuldade ☒ Acamado

SISTEMA NEUROLÓGICO
☒ Consciente ( ) Coma ( ) Desorientado
( ) Sedado ( ) Torporoso ( ) Comatoso
( ) Agitado ( ) Reage a estímulos ( ) Não reage

PUPILAS
☒ Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midriáticas
( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Não reagentes

REGULAÇÃO TÉRMICA
☒ Afebril ( ) Hipotérmico ( ) Hipertérmico
( ) Febril ( ) Calafrio ( ) Sudorese
( ) Hiperpirexia

CARACTERÍSTICAS DA PELE
( ) Hidratado ( ) Desidratado ( ) Ressecada
☒ Normocorada ( ) Hipocorado ( ) Hiperemiada
( ) Anictérica ( ) Ictérica ( ) Cianótica
( ) Acianótica ( ) Edema [illegible]

Úlcera por pressão: ( ) Sim ( ) Não

Região: [illegible] FO: ( ) Sim ( ) Não

Curativo realizado: ☒ Sim ( ) Não

SISTEMA CARDIOVASCULAR
☒ Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico BCF: ___
( ) Normotenso ( ) Hipotenso ( ) Hipertenso FR: ___
( ) Pulso Cheio ( ) Filiforme ( ) Periférico Pulso: ___

ALIMENTAÇÃO / SISTEMA GASTROINTESTINAL
☒ VO ( ) Sem jejum ( ) SNE/SOE ( ) GTT ( ) NPT
Aceitação da dieta: ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcial
Eliminações: ( ) Urgência ☒ Presente ( ) Constipação ( ) Consistente
( ) Normal ( ) Diarreia ( ) Melena
Flatos: ( ) Presente ( ) Ausente

REGULAÇÃO ABDOMINAL
☒ Normotenso ( ) Distendido ( ) Globoso ( ) Flácido
( ) Doloroso ( ) Rígido ( ) Timpânico
Ruídos Hidroaéreos: ( ) Presente ( ) Ausente
( ) Sim ( ) Não RHA: ( ) Sim ( ) Não
Dor abdominal: [illegible]

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE
☒ SVD ( ) Anúria ( ) Oligúria
( ) Espontânea ( ) Disúria ( ) Colúria ( ) Hematúria
( ) Retenção ( ) Irrigação contínua ( ) Fralda
( ) Cateterismo

SISTEMA RESPIRATÓRIO
☒ Ar ambiente ( ) Traqueostomia
☒ Eupneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico ( ) Dispneico
Oxigenoterapia ( ) Sim ( ) Não Qual: [illegible]

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES
Cateter Periférico: ☒ Sim ( ) Não Local: MSE Data: 30-06-19 Data de troca: ___
Cateter Central: ( ) Sim ☒ Não Curativo realizado em: ___ Tracionamento: ___
Sinais flogísticos no sítio de inserção: ( ) Sim ( ) Não
Sondas: ( ) Sim ☒ Não ( ) [illegible] ( ) SNG ( ) SNE ( ) SOG ( ) GTT ( ) Lavagem ( ) Silenagem
Quantidade: ___
Aspecto da secreção: ___
Drenagem: ___ ( ) Sim ( ) Não Data de inserção: ___ Troca em: ___
Cateter Vesical: Tipo: ___ Local: ___
Próteses: ☒ Sim ( ) Não

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
☒ Deglutição prejudicada
☒ Risco de infecção
( ) Risco de nutrição desequilibrada
( ) Risco de glicemia instável
☒ Risco de desequilíbrio eletrolítico
( ) Volume de líquidos deficiente
( ) Volume de líquidos excessivo

( ) 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 [illegible]
☒ Eliminação urinária prejudicada
☒ Risco de [illegible]
( ) Comunicação deficiente

ESCALA DE MORSE
1. Histórico de Quedas
Não 0
Sim 25
2. Diagnóstico Secundário
Não 0
Sim 15
3. Auxílio na Deambulação
Nenhum/Acamado/Auxiliado 0
Muletas/Bengala/Andador 15
Mobiliário/Parede 30
4. Terapia Endovenosa/Dispositivo salinizado
Não 0
Sim 20 ☒
5. Marcha/Transferência
Normal/Sem deambulação/Acamado 0 ☒
Fraca 10
Comprometida/Cambaleante 20
6. Estado Mental
Orientado/limitado/capaz de [illegible] 0 ☒
Superestima capacidade/esquece limitações 15
Risco Médio: 25-45 Risco Alto: maior que 45 ☒
TOTAL: ___ Risco Baixo: 0-24

[illegible]

45

Versão:05

Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR

Protocolo:

Paciente: Alex dos Santos Pereira

Leito: 101.1

Data: 02/07/2019

Localização	Região: Fossa Ilíaca dir/es Grau: I ( ) II (X)	Região: Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Quelonodura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo (X) Ortopedia ( ) Outro:	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros ___	( ) Necrose Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros ___
Pele Perilesional	( ) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: ___	( ) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: ___
Tipo de Exudato	( ) Purulento ( ) Seroso (X) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: ___	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: ___
Quantidade de Exudato	(X) Abundante ( ) Moderado ( ) Seco	( ) Moderado ( ) Abundante ( ) Seco
Situação da Cicatriz	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase (X) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: ___	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: ___
Troca	( ) 12/12 ( ) Diária (X) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diária ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Aparecida Vera Araujo Técnica em Enfermagem COREN-RJ 507/95/TE	Coordenadora de Cuidados Assistenciais de Enfermagem COREN-RJ 29205
Observações:		

Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - NGR

Protocolo nº 1 — Versão 06

Paciente: Alex dos Santos Pereira

Leito: 101-1

Data: 03/07/19

Localização	Região: Abdo	Região: Abdo
Etiologia	Grau: I ( ) II (X) ( ) LPP: I II III IV ?* ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma ( ) Tração (X) Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:	Grau: I ( ) II (X) ( ) LPP: I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular (X) Trauma ( ) Tração ( ) Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo (X) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo (X) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	(X) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	(X) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso (X) Sanguinolento ( ) Serossanguinoso ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso (X) Sanguinolento ( ) Serossanguinoso ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	(X) Abundante ( ) Único ( ) Seco	(X) Moderado ( ) Único ( ) Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento	Maria de Fátima N. Viana Auxiliar de Enfermagem COREN-RJ 449.708	Monica Reis Panos Técnica em Enfermagem COREN-RJ 449.708	Maria de Fátima N. Viana Auxiliar de Enfermagem COREN-RJ 449.708	Monica Reis Panos Técnica em Enfermagem COREN-RJ 449.708
Observações		

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

Bloco: Data: Enfermaria: Leito: Sexo: ( ) F ( ) M

Nome Completo: DNN: Idade:

Hipótese Diagnóstica: ( ) Não ( ) Coração ( ) Gotícula - aerossóis ( ) Gotícula - perdigotos

Isolamento ou Precaução: ( ) Sim ( ) Não Qual Tipo:

Alergia: ( ) Sim ( ) Não Quais/Quais:

Necessidade de Intérprete: ( ) Sim ( ) Não Qual:

Possui acompanhante: ( ) Sim ( ) Não ( ) Cadeira de rodas ( ) Fraco ( ) Comprometido/cambaleante

Deambulação: ( ) Normal ( ) Sem deambulação ( ) Acamado

SISTEMA NEUROLÓGICO
( ) Consciente ( ) Orientado ( ) Desorientado
( ) Sedado ( ) Torpor ( ) Confusão
( ) Agitado ( ) Reação a estímulos ( ) Não reage

SISTEMA CARDIOVASCULAR
( ) Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico
( ) Normotenso ( ) Hipotenso ( ) Hipertenso
( ) Tubo Dreno ( ) Afirme ( ) Arritmico
BC: PA: FC:

PUPILAS
( ) Fotorreagente ( ) Mióticas ( ) Midriáticas
( ) Escleróticas ( ) Anisocóricas ( ) Não reagentes

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL
( ) VO ( ) SNG/SOG ( ) SNG/SOE ( ) GTT ( ) NPT
Aceitação da dieta: ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcial
Vômitos: ( ) Presente ( ) Ausente ( ) Colostomia
Normal ( ) Diarreia ( ) Constipação ( ) Melena
Fistulas: ( ) Presente ( ) Ausente

REGULAÇÃO TÉRMICA
( ) Afebril ( ) Hipotérmico ( ) Hipertérmico
( ) Febril ( ) Febre ( ) Pegada
( ) Hipertermia Max: 35 - 36,5

REGULAÇÃO ABDOMINAL
( ) Normotenso ( ) Doloroso ( ) Globoso
( ) Aéreo ( ) Macio ( ) Timpânico
Ruídos Hidroaéreos: ( ) Presente ( ) Ausente
Visceromegalias: ( ) Sim ( ) Não FO: ( ) Sim ( ) Não

CARACTERÍSTICAS DA PELE
( ) Rosada ( ) Pálida ( ) Avermelhada
( ) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Cianótica
( ) Icterícia ( ) Edema
( ) Cianótica ( ) Edema Local
Úlceras por pressão: ( ) Sim ( ) Não
Região: FO: ( ) Sim ( ) NÃO
Curativo realizado: ( ) Sim ( ) Não

SISTEMA URINÁRIO / ORTESE
( ) Espontânea ( ) Anúria ( ) Colúria ( ) Oligúria
( ) Poliúria ( ) Dieta ( ) Hematúria
( ) Oligúria ( ) Interação cutânea ( ) Disúria

SISTEMA RESPIRATÓRIO
( ) Eupneico ( ) Dispneico ( ) Ar ambiente ( ) Traqueostomia
( ) Bradipneico ( ) Taquipneico
Oxigenoterapia: ( ) Sim ( ) Não Qual:

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ORTESES E PRÓTESES
Cateter Periférico: ( ) Sim ( ) Não Local: Data: Trocar em:
Cateter Central: ( ) Sim ( ) Não Local: Curativo realizado em:
Sinais de infecção no sítio de punção: ( ) Sim ( ) Não
Sondas: ( ) Sim ( ) Não ( ) SNG ( ) SOE ( ) SNE ( ) GTT ( ) Lavagem ( ) Sifonagem
Data 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 Sangramento
( ) Risco de desequilíbrio de líquidos
( ) 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 com Higiene

( ) Risco de lesão por Pressão
( ) Risco de Quedas
( ) Risco de Aspiração
( ) Eliminação urinária prejudicada
( ) Risco de constipação
( ) Comunicação deficiente

Escala de Morse

1. Histórico de Quedas		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/Consciente de limitações	0
Mobiliário/Parede	30	Superestima capacidade/Esquece limitações	15
TOTAL		Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior que 45	

Prescrição para prevenção de queda da maca

fixador externo de quadril.

Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - NGR

Prontuário nº

Paciente: Alice dos Santos

Leito: 101-L

Data: 04/07/19

Localização	Região: Quadril Grau: I ( ) II (X)	Região: Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular (X) Trauma: Tração ( ) Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outro:	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: Tração Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização (X) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	(X) Normal ( ) Macerado ( ) Seco ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal ( ) Macerado ( ) Seco ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (X) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura Primária	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Juliana de J. Silva COREN-PR	Rodrigo Miguel Deodoro Técnico em Enfermagem COREN-PR 629.703
Observações:		

101-1

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

DATA DE ADMISSÃO | DIH | DN

PACIENTE: ALEX DOS SANTOS PEREIRA
DIAGNÓSTICO: LX SINFISE PUBICA

ALERGIAS: GAS | NEGA | DM2 | NEGA
IDADE | LEITO: 101-1 | DATA: 05/07/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SNO
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	
5		
6	TRAMADOL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 6/6H SE DOR	SN
7	MEBUTINA 40MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TLN – A OTRS	SN
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 6/6H S/N	
10	SIMVASTATINA 40 GOTAS VO DE 8/8 H	
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	
13	CELEXANE 40MG SC 1X DIA	
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 100 E OU PAD > 110 MMHG	SN
17	SSVV + GLICG 6/6	
18	GRATIVO DIÁRIO	
19		
20		
21		SN

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA:
VIC 250 200 150 100 50 ML 6UI 8UI 10UI 12UI 14UI 16UI 18UI > 400: 10 UI E DU GLICOSE 50 ml
50 ML GLICOSE 50% 40 ML EV FAVOR AR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MEDICA:
ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO ATIVO, ORIENTADO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: DESCORADO, ANICTERICO, ANEUPNEICO, EUTÍMICO.
NORMOCRADICARDIA.

PLANO DE AÇÃO:
CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA
PREVISÃO DE ALTA
06 88 053 87 – 352

SINAIS VITAIS

	PA	FC	FR
6 H			
12 H	14x60	86	36°C
18 H	94x64	86	36°C
24 H	110x76	85	36,5°C

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO
CRM-RR 2028
Residente de Ortopedia e Traumatologia

SBOC 05/07/2019 – paciente no leito [illegible]
SSOO, sem queixas no momento, [illegible]
[illegible]

Versão:08 | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: [illegible]

HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1 Paciente: Alex dos Santos Leito: 101-1 Data: 05/07/19

Localização	Região: quadril Grau: I ( ) II (✓)	Região: Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( )Trauma : ___Tração ✓ Fixador Externo ( )ortopedia ( ) Outro:	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : ___Tração ___ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização (✓) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( )Granulação ( ) Epitelização ( )Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	(✓) Normal ( )Maceração ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exudato	( ) Purulento ( ) Seroso (✓) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exudato	( ) Molhado (✓) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(✓) Soro Fisiológico 0,9% (✓) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(✓) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( )12/12 (✓) Diário ( ) 48/48h	( )12/12 ( )Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Mônica Luciana Lima Santos Enfermeira COREN [illegible]	
Observações:		

101.1

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

DATA DE ADMISSÃO	D/H	DN	
PACIENTE	ALEX DOS SANTOS PEREIRA		
DIAGNÓSTICO	FX SINFISE PUBICA		
ALERGIAS	FAR NEGA	DIV2	NEGA
IDADE	LEITO 101.1	DATA	06/07/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SNO
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H S/N	
5		
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DF 8/8 + SF DOR	SO
7	NA. BUTINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITE	SO
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 6/6H S/N	
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DF 8/8H	
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	
13	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
17	SSVV + CUIDO 6/6 H	
18	CURATIVO DIÁRIO	
19		
20		
21		

SC DIABÉTICO, CORREÇÃO CONFORME ESQUEMA
ZZZ 250 UI 251-300 40 ; 301-350 60 ; 351-400 80 UI, >400 10 UI E ... GLICOSE 5%
2 FRS GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA
ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO : BRONCOFONIA CO, ANICTÉRICO, ACÍANÓTICO, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO
SOLICITADO
CONDUTA : MANTIDA
PROGRAMAÇÃO CIRURGIA
PREVISÃO DE ALTA

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	T
6 H	124x66	86		36,5
12 H	116x62	85		36,4
18 H				
24 H	113x59	100		

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO
CRM. RR 2028
Residente de Ortopedia e Traumatologia

Obs. PA: 93x60, FC: 96, diurese: 1000 ml
Paciente orientado em tempo e espaço

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	Alex de Souza Pereira				
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	101-1	DATA	07-07-19

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SW
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	
5	OMEPRAZOL 40MG EV IXDIA	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SW
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	SW
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8h	SW
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	SW
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SW
13	SSVV + CCGG 6/6 H	
14	CURATIVO DIÁRIO	
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		

DE DIABÉTICO CORRETIVO COM INSULINA RECITAR (SC): CONFORME ESQUEMA: 250-300: 2UI; 301-350: 4UI; 351-400: 6UI; 401-450: 8UI; ≥ 450: 10 UI E OU GLICOSE ≥ 70 DI 1ML 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: NA # CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 604

SINAIS VITAIS

	PA	FC	FR	
6 H				
12 H	90x50	80		36,5
18 H	100x60	89		36,5
24 H	100x60	85		

diurese 1000 ml 70

MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
		Paciente: Alice dos Santos Pereira	
		Leito: 101.1	Data: 07/01/19

Localização	Região: Pelvica Grau: I ( ) II ( )	Região: Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( )Trauma : ___Tração ___ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : ___Tração ___ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outras	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( )Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outras
Pele Perilesional	( ) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( )12/12 ( )Diário ( ) 48/48h	( )12/12 ( )Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Jucelene Moreira Auxiliar de Enfermagem COREN-RJ 531854	Jorge Luis Sérgio Carlos Técnico de Enfermagem COREN-RJ 397 172
Observações:		

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ALEX DOS SANTOS PEREIRA				
DIAGNÓSTICO	FX SINFISE PUBICA				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	101-1	DATA	05/07/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SNO
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6 - SN	SN 23:20
5		
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 6/6H SE DOR	SN 18H45
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA C ITE	SN
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA	
9	METOCLOPRAM DA 10MG EV 8/8 - SN	SN
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	
13	CELEXAF 40MG SC 1X D.A	
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
17	SSVV - 00:00 6/6 h	
18	CURATIVO DIÁRIO	
19		
20		
21		

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (RG), CONFORME INSULINEMIA:
200-250: 2UI, 251-300: 4UI, 301-350: 6UI, 351-400: 8UI, > 400: 10 UI. DOC GLICOSE 50% 60 ml, 10 GLICOSE 50% 40 ml EV - AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:
REACONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BOM ESTADO GERAL, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, ACIANÓTICO, EUPNEICO, NORMOCÁRDICO, HIDRATADO.
SOLICITAÇÕES:
CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO
CRM-RR 2028
Residente de Ortopedia e Traumatologia

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR		
6 H					
12 H	120/80	75	-	36°C	
18 H					
24 H	120/80	89		37,2	Dipirona
06h	120x64	89	-	37,3	300ml

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCO IS AMBULATORIAL

Data: 08/07/19 Enfermaria: Leito: 107.1

Nome Completo: Arlindo Silva Teixeira – 86 anos

Diagnóstico: HP

Internado no Período: ( ) Sim ( ) Não ( ) Cirurgia ( ) Clínico ( ) Cirurgia cardíaca ( ) Cirurgia vascular

Alergia: ( ) Sim ( ) Não Qual?

Necessidade de Intérprete? ( ) Sim ( ) Não Qual Língua:

Possui acompanhante: ( ) Sim ( ) Não Obs: o acompanhante

Deambulação: ( ) Normal ( ) Com dificuldade ( ) Andador ( ) Cadeira de rodas ( ) Muleta ( ) Comprometido/Acamado

SISTEMA NEUROLÓGICO: ( ) Consciente ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Sedado ( ) Torpor ( ) Confusão ( ) Agitado ( ) Sonolento ( ) Coma

SISTEMA CARDIOVASCULAR: ( ) Normocardico ( ) Taquicárdico ( ) Taquipnéico SO2 ( ) Bradicardico ( ) Hipotenso ( ) Hipertenso PA: ( ) Pulso Cheio ( ) Fraco ( ) Arrítmico Cuba:

SUPORTES: ( ) Oxigenoterapia ( ) Inalatórios ( ) Traqueostomia ( ) Sondas ( ) Ortopédicos ( ) Neuroenfermagem

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL: ( ) VO ( ) Sondagem ( ) Jejum ( ) GTT ( ) NPT ( ) Dieta Pastosa ( ) Dieta Líquida ( ) Não ( ) Vômito ( ) Diarreia ( ) Normal ( ) Aberta ( ) Constipação ( ) Colostomia ( ) Ausente ( ) Presente

ELIMINAÇÕES: ( ) Micção ( ) Incontinência ( ) Retenção ( ) Sondas ( ) Hiperpirexia

REGULAÇÃO ABDOMINAL: ( ) Normotenso ( ) Distendido ( ) Globoso ( ) Flácido ( ) Doloroso ( ) Macia ( ) Endurecido Ruídos Hidroaéreos: ( ) Presente ( ) Ausente Visceromegalias: ( ) Sim ( ) Não PO: ( ) Sim ( ) Não

CARACTERÍSTICAS DA PELE: ( ) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Escoriada ( ) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Hipercorada ( ) Cianótica ( ) Icterícia ( ) Edema Ulcera por pressão: ( ) Sim ( ) Não Local: Curativo: ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE: ( ) Espontânea ( ) SVD ( ) Aberta ( ) Oligúria ( ) Anúria ( ) Diálise ( ) Diurese ( ) Colúria ( ) Hematúria ( ) Cistostomia ( ) Irrigação contínua ( ) Drenos

SISTEMA RESPIRATÓRIO: ( ) Eupneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico ( ) Dispneico ( ) Ambiente ( ) Traqueostomia Oxigenoterapia: ( ) Sim ( ) Não Qual:

CONTROLE DE CATÉTERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES: Sinais Sanitários: ( ) Sim ( ) Não Local: MSE Data: 08/07/19 Cateter Central: ( ) Sim ( ) Não Local: Curativo realizado em: Sondas: ( ) Sim ( ) Não ( ) SPG ( ) SCG ( ) SNG ( ) SOE ( ) GTT ( ) Drenos: Dreno de: Quantidade: Cateter Venoso: ( ) Sim ( ) Não Data da instalação: Trocar em: Flebite: ( ) Sim ( ) Não Tipo: Local:

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM:
- ( ) Degluição Prejudicada
- ( ) Risco de Infecção
- ( ) Dor Aguda/Crônica
- ( ) Risco de Desequilíbrio de Volume
- ( ) Perfusão Tecidual Alterada
- ( ) Volume de líquidos deficiente
- ( ) Padrão Respiratório Ineficaz
- ( ) Ventilação Espontânea Prejudicada
- ( ) Mobilidade Física Prejudicada
- ( ) Integridade da pele prejudicada
- ( ) Risco de desequilíbrio 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
- ( ) Constipação deficiente

Escala de Morse:
1. Queda: Não 0 / Sim 25
2. Diagnóstico secundário: Não 0 / Sim 20
3. Auxílio para deambulação: Nenhum/Repouso/Cadeira de rodas 0 / Fraco 10 / Comprometido/Acamado 20
4. Terapia endovenosa/dispositivo salinho: Não 0 / Sim 20
5. Marcha/Deambulação: Normal/Sem deambulação/Acamado 0 / Fraco 10 / Comprometido/Acamado 20
6. Estado Mental: Orientado/Capaz de avaliar seus próprios limites 0 / Superestima a capacidade/Esquece limitações 15

Escore total: Risco Baixo: 0 - 24 Risco Médio: 25 - 44 Risco Máximo: acima 45

Prescrição para prevenção de quedas necessária

- fixador externo de quadril
- sem queixas

Fernanda 30/08 Maria 30/08

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

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN

PACIENTE ALEX DOS SANTOS PEREIRA
DIAGNÓSTICO FX SINFISE PUBICA

ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	HTO	191-1	DATA	09/07/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	SVD
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H	Manter
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	SN
5		—
6	TRAMAL 100MG + SFO 9% 100ML EV OU VO 8/8H SE DOR	SN
7	NAROFINA 10 MG + 100ML SO 0,9% CASO NÃO TENHA OTE	—
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA	06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8H	NVT
11	CLINDAMICINA 300MG EV OU VO 6/6	
12	CIPROFLOXACINO 200MG EV OU 500MG VO 12/12H	
13	CEFEXANT 40MG SC 1X DIA	
14		—
15		—
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 150 E OU PAD > 100 MMHG	SN
17	SSVV + GOOC 8/8 H	noite
18	CURATIVO DIÁRIO	S.C
19		
20		
21		

SE DIABETICO CORRIGIDO COM INSULINA REGULAR ISOL CONFORME ESQUEMA
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 401: 10 UI ≥ 500 GLICOSE 5 ml
D 50% + 10 ml SF 0,9% 40 ML EV AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:
ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, LOATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANOTICO, ANICTÉRICO, ACORDADO, ORIENTADO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
ADMITIDO:
CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA
PREVISÃO DE ALTA

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H	110/54	53	—
06	115/66	70	—

21h T: 38°C

Dr. PEDRO DE SOUZA LAUSTO
CRM-RR 2025
Residente de Ortopedia e Traumatologia

Dr. Dalson Feitosa
Cirurgião de Trauma

101 - 1

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

DATA DE ADMISSÃO | DIH | DN
PACIENTE ALEX DOS SANTOS PEREIRA
DIAGNÓSTICO FX SINFISE PUBICA
ALERGIAS NEGA | DM2 NEGA
IDADE | LEITO 1014 | DATA 10/07/2018
ITEM | PRESCRIÇÃO | HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE SNV
2 ACESSO VENOSO PERIFÉRICO
3 SF 0,9% 500ML EV 8/8h
4 DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN
5
6 TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8h SE DOR SN
7 NALRUF NA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITE SN
8 OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA
9 METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8h SN
10 SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h
11 CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H
12 CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12h
13 CLEXANE 40MG SC 1X DIA
14
15
16 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 150 E OU PAD > 100 MMHG SN
17 SSVV + GLICEMIA 6/6 H
18 CURAT VO DIÁRIO
19
20
21 SN

SC 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 5%
DIAL. C GLICOSE 10% 12 ML EV + ASSEAR PLANTÃO DIÁRIA

EVOLUÇÃO MÉDICA
ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, A.H.O, REAL VO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO : MEG, AC ANÔTICO, ANICTÉRICO, ACIANÓTICO, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO :
CONDUTA : MANTIDA
REPROGRAMAÇÃO DO CALENDÁRIO :
PREVISÃO DE ALTA :

SINAIS VITAIS

	PA	FC	FR	T
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

Dr. PEDRO DE ESTO
CRM
Residente da Ortopedia e Traumatologia

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: HBH

2 - CNPJ:

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HBH

4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: ALEX DU CAPITU [illegible]

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

7 - DATA DE NASCIMENTO: / /

8 - SEXO: Masc. 1 Fem. 3

9 - NOME DA MÃE:

10 - TELEFONE DE CONTATO: DDD

11 - ENDEREÇO:

12 - NÚMERO:

13 - COMPLEMENTO:

14 - CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO:

15 - UF:

16 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Sem acidente operação do no [illegible]

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Cirurgia

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS REALIZADAS: [illegible]

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura [illegible]

21 - CID 10 PRINCIPAL:

22 - CID 10 SECUNDÁRIO:

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Redução c fixação c fixação

25 - CLÍNICA: Cirurgia

26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: Eletivo

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

28 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 15 [illegible]

29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Jesus A Lopez Garcia

30 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 11/07/19

31 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO:

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

32 - CNPJ DA SEGURADORA:

33 - NÚMERO DO BILHETE:

34 - SÉRIE:

34 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

36 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

37 - CURSO LAUDO:

38 - CNPJ DA EMPRESA:

39 - CEPOR:

40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) ENTIDADE ( ) APOSENTADO ( ) DESEMPREGADO ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

43 - CNES UNIDADE EXECUTORA:

44 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 0408040754 5334

45 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 11/07/19

48 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:

V 29

17-7

BOLETIM OPERATÓRIO

HGR

ALBA DO PARDO
PEREIRA

Nº ESTABELECIMENTO

Data: 01.02.11 O.S.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura [illegible] Alba Gwn aberta

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Redução e fixação c hoffmann

TIPO DE INTERVENÇÃO: [illegible]

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: [illegible]

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: [illegible]

CIRURGIÃO: Dr. [illegible]

1º AUXILIAR: Dr. C Eduardo

INSTRUMENTADORA:

2º AUXILIAR:

ANESTESIA: Raqui

3º AUXILIAR:

ANESTÉSICO:

ANESTESISTAS: Dr. Edu

INÍCIO: FIM: DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Prepare [illegible]

Alba, [illegible]

Campo estéril, [illegible] / [illegible]

[illegible] na [illegible]

c [illegible] c hoffmann [illegible] [illegible]

[illegible]

[illegible]

Dr. [illegible]
CRM-RS [illegible]

HGR - ORTOPEDIA Eletiva
Quinta-feira - Vespertino
11 / 07 / 2019

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

FICHA DE ANESTESIA

ALEX DOS SANTOS PEREIRA, 29a

Nº ASA - I

PRÉ MEDICAÇÃO - DROGA DOSE - HORA - EFEITO

Não houve

15:50

ECG - FC - SpO2 - PANI

SF SF

90 / 100 / 110 / 120 /

Bupi 0,5%
Fentanil
Dipirona

Sim
Anestesia Raquidiana com Bupi 0,5% 2,2 ml e fornecido oxigênio por CNE e fornecido de aquilo 10 L/min, FiO2 claro, injeção lenta do agente

CN 10 L/min

X Monitorização + Check-list
Pré-O2 por CN
Assepsia lombar c/ álcool 70
Punção subaracnoídea com técnica descrita ao paciente sem acidentes de intercorrência
Bloqueio sensitivo motor adequado
X Alta da RPA estável.

Revisão fixação de Pele

Dr. Edino Soares

Dr. Jesus / Dr. Carlos Enrique

Não.

EDINO ALLAZANO A. SOARES
Anestesiologista - CRM 220/RR
RQE 157

GOVERNO DO ESTADO DE ALAGOAS

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: Alex dos Santos [illegible]	APTO DO LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA: h / 07 / 19

CIRURGIA

TIPO: Fixação Fratura de Perna c/ Fixador Externo	INÍCIO: 16:00	FIM: 16:50	TEMPO DE DURAÇÃO / TEMPO TOTAL

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO	Dr Silvio
1º AUXILIAR	Dr Carlos Henrique
2º AUXILIAR	
ANESTESISTA	Dr Silvio
RES. ANESTESISTA	
INSTRUMENTADOR	Yank
CIRCULANTE	Fernanda + [illegible]
TEMPO DE DURAÇÃO QUIRURGICA	
TIPO DE ANESTESIA	Raquel

QUANT.	PRODUTO	VALOR
	FITA COMPRESSA CIRÚRGICA	
	L.H.D.	
	PACOTES GAZE	
	LUVA ESTERILIZADA	
	LUVA ESTERILIZADA	
	LUVA ESTERILIZADA	
	LUVA ESTERILIZADA	
☒	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS	Mídial
	LÂMINA BISTURI Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº	Gilete Nº 10
	~~DRENO DE TORAX Nº~~	
	DRENO DE PENROSE Nº	Agulha de Raqui Nº 26
	~~SERINGA 20ML~~	
	SERINGA 10ML	
	SERINGA 5ML	
	SERINGA 3ML	
	SERINGA 1ML	
	Anestésico + 1500ml	

QUANT.	PRODUTO	VALOR
	FRASCO - SORO FISIOLÓGICO	500ml
	FRASCO - SORO RINGER LACTADO	
	FRASCO - SORO GLICOSADO	
	FIO VICRYL Nº	
	FIO MONONYLON Nº	
	FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	FIO CATGUT CROMADO Nº	
	FIO PROLENE Nº	
☒	~~FIO ETHIBON Nº~~	Mononylon
	SERGICEL	
☒	~~CELA PLASSO~~	gazol
	~~RX CALIBRATO~~	
	~~GELOCAIN~~	Equipo
	FITA CARDÍACA	
	OUTROS:	Mecol + 150ml

MATERIAIS / MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA (CONFORME RELATÓRIO ANEXO)	DEBITAR NA C.C. DO PACIENTE
INSTRUMENTADOR (A):	INSTRUMENTADOR CIRÚRGICO: Rebeca
	Luciane
FUNCIONÁRIO(A) CALCULISTA:	CIRCULANTE DE SALA: Sacomo e Lourdes

MATERIAL / MEDICAMENTOS

SUB-TOTAL

TAXA DE SALA

TAXA DE ANESTESIA

SOMA

ENVIE ESTE FORMULÁRIO À CONTABILIDADE

SAEP - SISTEMATIZAÇÃO

CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

HGR

Nome: Alex dos Santos Pereira

Data de Nasc: 26/02/1989 Idade:

Setor/Leito: 10A

Data: 11/07/19

Termo de Consentimento Cirurgia: ( ) Sim ( ) Não

Termo de Consentimento Anestesia: ( ) Sim ( ) Não

DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Cirurgia Proposta: Laparotomia exploradora

Intercorrências:

Jejum: (X) Sim ( ) Não

Prótese: ( ) Sim (X) Não

Exames: ( ) Sim ( ) Não

Reserva UTI: ( ) Sim (X) Não

Coloração: ( ) Sim (X) Não

PNE: ( ) Sim (X) Não

Alergia: ( ) Sim (X) Não

Qual: Dipirona alergia

Reserva de Hemoderivados: ( ) Sim (X) Não

Outros:

2. Chegou ao Centro Cirúrgico: ( ) Deambulando (X) Consciente ( ) Com Suporte de O2 ( ) TOT ( ) Acordado

3. Sinais Vitais: T ___ °C; FC 80 bpm; PA ___ mmHg; SAT FO2 ___ %; ( ) Quente ( ) Frio

4. Anotações/Admissão do Paciente: [illegible]

INTRA-OPERATÓRIO

Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia
15:31	15:50	16:00	16:50	

Cirurgia Realizada: Laparotomia exploradora

Anestesia: Raquianestesia

Posicionamento: Dorsal

Hidratação Endovenosa: SF 0,9%: 500ml; RL 5%: 500ml; Outros:

Antibioticoterapia: Nome: Dose: Via:

Hemoderivados: Gel: Plasma: Plaquetas:

Anatomia Patológica: ( ) Não ( ) Sim; Nº Peças: ( ) Cultura ( ) Outros:

Nº de Compressas oferecidas: 03

Nº de Compressas recolhidas: 02

Drenos na SO: ( ) TIL ( ) Tub ( ) Hemograma ( ) FX ( ) Gasometria ( ) Outros:

Localização: 1. Saída; 2. Curativo; 3. Dreno; 4. Acesso venoso; 5. Outros:

Sangramento: 1. Drenados; 2. Coloração; 3. Manguito PA; 4. Placa Coagulação; 5. Incisão; 6. Cateter O2; 7. Venóclise; 8. Dreno; 9. SNG/SNE; 10. Garrote; 11. TOT ( ) Não ( ) Sim Nº ___; 12. SVD ( ) Não ( ) Sim Nº ___; 13. Outros ___

Sinais Vitais: Saída da SO: T ___ °C; FC 68 bpm; PA 117x74 mmHg; SAT 98 %; ( ) Regular ( ) Irregular

Destino: (X) SRPA ( ) UTI ( ) Outros

SRPA

Sinais Vitais

Horário	T	FC	PA	SPO2	ACURÁCIA	DOR 0/10
0'						
15'		73	120/80	98		
30'						
45'						
1h						
01:30 h						
2 h						

Observações:

Balanço Hídrico (PRÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO)

Entrada					Saída				
Hora	Medicação	CH	SNG/ Volume	Drenos/Qual	Hora	SVD/Aspecto	Drenos/Qual	Outros	

Anotações de Enfermagem (Evolução/Alta do Paciente)

10/07/2019 Evolução Exagero de pelve sob anest. raquianestesia. [illegible]

José Luciano dos Santos

Coordenador de Qualidade e Segurança do Paciente - NUGQ/HGR

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Anestesista: Dr. Adriano

Enfermeiro: Jesus Leda Bragança

ENTRADA (SIGN IN)

PACIENTE CONFIRMOU:
- Identidade
- Sítio cirúrgico
- Procedimento
- Consentimento ( ) Sim ( ) Não

MARCAÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO
( ) Sim ( ) Não se aplica

AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA ANESTÉSICA
( ) Completa

OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO E ALCANÇÁVEL
( ) Sim

PACIENTE POSSUI:
ALERGIA DE ALERGIA
( ) Sim ( ) Não

DIFICULDADE DE VIA AÉREA/ACESSO DE ASPIRAÇÃO
( ) Sim
( ) Não, mas há equipamento e ajuda disponível

RISCO DE HEMORRAGIA > 500 ml
( ) Sim
( ) Não, mas há duas vias venosas adequadas e planejamento para líquidos

EDINO ALLAMANO A. SOARES
Anestesiologista - CRM 20/56
RQE 197

Carimbo: Data: 24.05.19

PAUSA ANTES DA INCISÃO (TIME OUT)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:
- (✓) A identificação do paciente
- (✓) O sítio cirúrgico
- (✓) O procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

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

PREVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:
Há riscos específicos em relação ao paciente

PREVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:
Os materiais necessários, como instrumentais, órteses e próteses estão presentes e dentro da validade de esterilização (prazo não vencido do indicador)? Há quaisquer preocupações e equipamentos específicos?

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.
( ) Não se aplica
( ) Sim
Qual: _____ Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS PARA USO?
( ) Não se aplica
( ) Sim

SAÍDA (SIGN OUT) PERÍODO FINAL

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 aplica

3- COMO A AMOSTRA PARA ANÁLISE 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 PRECAUÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DO PACIENTE
(✓) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica

Rosana Moreira Costa
Enfermeira
Coren-DF 128.[illegible]

Assinatura e Carimbo

ESTADO DE RORAIMA
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
CAPITAL DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

Especialidade: Ortopedia

Procedimento Realizado: Fixação Fract. de Bacia c/ Fixador Externo

Nº do Prontuário:

Data: 11/07/19

Nome do Paciente: Alex dos Santos Arruda

Bloco: Enfermaria: Leito: Nº da Sala: Circulante de Sala:

CAIXAS/EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:

Fixador Externo de 400mm

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima (X) Empresa ( ) Dados Adicionais:

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	UNID.	QUANT.	MARCA
01	Lote: 049548 Código: AE2.8.04.1 PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R X C X 4,5 X 200 X T Fab.:28/12/2018 Val.:12/2023 Registro Anvisa Nº 80083650026 Material AÇO INOX F138 Luiz Guilherme Bertoli & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 Rio Claro/SP Tel: +55 19 3535-1910 info@bertoli.ind.br Lote: 005646 Código: F08.3.200 SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA SARTORI - LINEFIX FIXADOR/BACIA T 400 - ESTERIL. Fab.:28/14/2018 Val.:10/2023 Registro Anvisa Nº 80083650031 Material AÇO INOX/ALUMINIO Luiz Guilherme Bertoli & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP Tel: +55 19 3535-1910 info@bertoli.ind.br	01		

MÉDICO CIRURGIÃO: Dr. Jesus

1º AUXILIAR: Dr. Carlos Enrique

INSTRUMENTADOR:

ENFª PERIOPERATÓRIO DO PA/PEPO

COREN/CRT

101 - 1

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

HGR

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	[illegible]		
DIAGNÓSTICO	[illegible]		
ALERGIAS		HAS: NEGA	DMZ: NEGA
IDADE		LEITO: 101 - D	DATA: 11/07/12

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SNO
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	manhã
3	SF 0,9% 500ml EV S/N	SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	16 24 0 6 12 18
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA	06
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	8 H
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	22 00 14
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
10	CLINDAMICINA 300MG EV OU VO 6/6H	18 2 10 18 22
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	20 08
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
13	SSVV + DOGO 6/6 H	Rotina
14	CURATIVO DIÁRIO	curativo
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		

Obs: 10 adiant o item Paciente refere dor intens

DE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA:
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 16 UI E OU GLICOSE 50%
DUMI: GLICOSE 50% 40 ML EV E AVISAR PLANTONISTA

Paciente sai d CC
em boa condição

EVOLUÇÃO MÉDICA:
ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, ACATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICÉRICO, ANEGRAL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA

Dr. [illegible]
CRM-RR 966

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H	1 06/6	93	96

MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Parecer - Retorno do C.C.
às 18:30 - [illegible]

Obs: pa: 96x75 f: 71 t: 36,7 [illegible] 5/10/13

101-1

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

DATA DE ADMISSÃO | DIH | DN

PACIENTE: ALEX DOS SANTOS PEREIRA
DIAGNÓSTICO: LX SÍNFISE PÚBICA
ALERGIAS: NEGA | DM2: NEGA
IDADE: LEITO: 101-1 | DATA: 11/07/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	manter
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H	18:00 06
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	SN
5		
6	TRAMADOL 100MG + SFG 0,9% 100ML EV OU VO DE 6/6H SE DOR	SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SG 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM	SN
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA	06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H SN	SN
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	14:21 06
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 8/8h	18:00 06
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	20 21
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA	06
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
17	SSVV + DCGC 6/6 H	Afer Hiroliveira
18	CURATIVO DIÁRIO	Anatilio
19		
20		
21		SN

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (90) CONFORME ESQUEMA:
70-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10UI E CLOROSE 4%
DU 5ML, GLICOSE 50% 40ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA
ENCONTRO PACIENTE INTERNADO NO LEITO ALERTA, ORIENTADO, ATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, DU INCÓLUME
NORMOCORADO, HIDRATADO
SOLICITADO
CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA
REVISÃO DIÁRIA

Dr. Rogério L. F. Dias
Médico
Ortopedista Traumatologista
CRM-RR 2078

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO
CRM-RR 2078
Residente de Ortopedia e Traumatologia

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	
6 H				
12 H	99X59	75	19	35,9 °C
18 H				
24 H				

12:00h. Referido SSVV, adm. as med. c. DM.

Cultivo

101 - 1

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

DATA DE ADMISSÃO | DIH | DN

PACIENTE: ALEX DOS SANTOS PEREIRA
DIAGNÓSTICO: FX SINFISE PUBICA
ALERGIAS: HAS NEGA | DMZ NEGA
IDADE: LEITO 101-1 | DATA 12/07/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SNG
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	Assinatura
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H	12/7 20:00 06
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	SN
5		
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DL 8/8h SE DOR	SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SO 0,9% CASO NÃO TENHA O TRAMAL	SN
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA	06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8h SN	SN
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DL 8/8 h	12/7 14:21 06
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	12/7 18:00 06
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	06 20 08
13	DIAZEPAM 10MG SO 1X/DIA	20
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 180 E OU PAD > 110 MMHG	SN
17	SSVV + GCDS 8/8 H	Cefaleia / Náusea
18	CURATIVO DIÁRIO	Curativo
19		
20		
21		SN

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC): GLICEMIA – FOCUSEMA
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI – OU GLICOSE 50%
DLM – GLICOSE 50% 10 ML EV – AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA
ENCONTRO PACIENTE SENTADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: REG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, ATERMIC, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO
CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA
PRÓXIMO SAÚDE MENTAL

SINAIS VITAIS

	PA	FC	FR	
6 H				
12 H	110x70		86	36,0
18 H				
24 H				

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO
CRM-RR 2078
Residente de Ortopedia e Traumatologia

Afundo SSVV CPM

Liliane Oliveira de Sousa
COREN-RR 726.138

Dr. Adriano Arruda
Ortopedista Traumatologista
CRM-RR 1234 RQE: 550

Dr. Alberto Cristóvão Jorge
Médico Ortopedista e Traumatologista
CRM-RR 2610
Tecnologia Ortopédica TEOT - 12603

HGR

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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Alex dos Santos Pereira 29 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 29/06/19 COM
DIAGNÓSTICO DE Fx Pelve

NO DIA 29/06/19 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Redução de Fx + Fixador Externo SENDO
OPERADO PELO DR. [illegible] E DR.
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 12/07/19 ÀS 10:00 EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 25/07/19, ÀS 15:00, COM O
DR. [illegible]

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. [illegible]

Dr. Petrônio S. [illegible]
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2078

2ª VISTA 12/07/19

MÉDICO

[illegible]

[illegible]

Material Utilizado:

Médico Responsável

1ª Via - [illegible]

2ª Via - CMAE

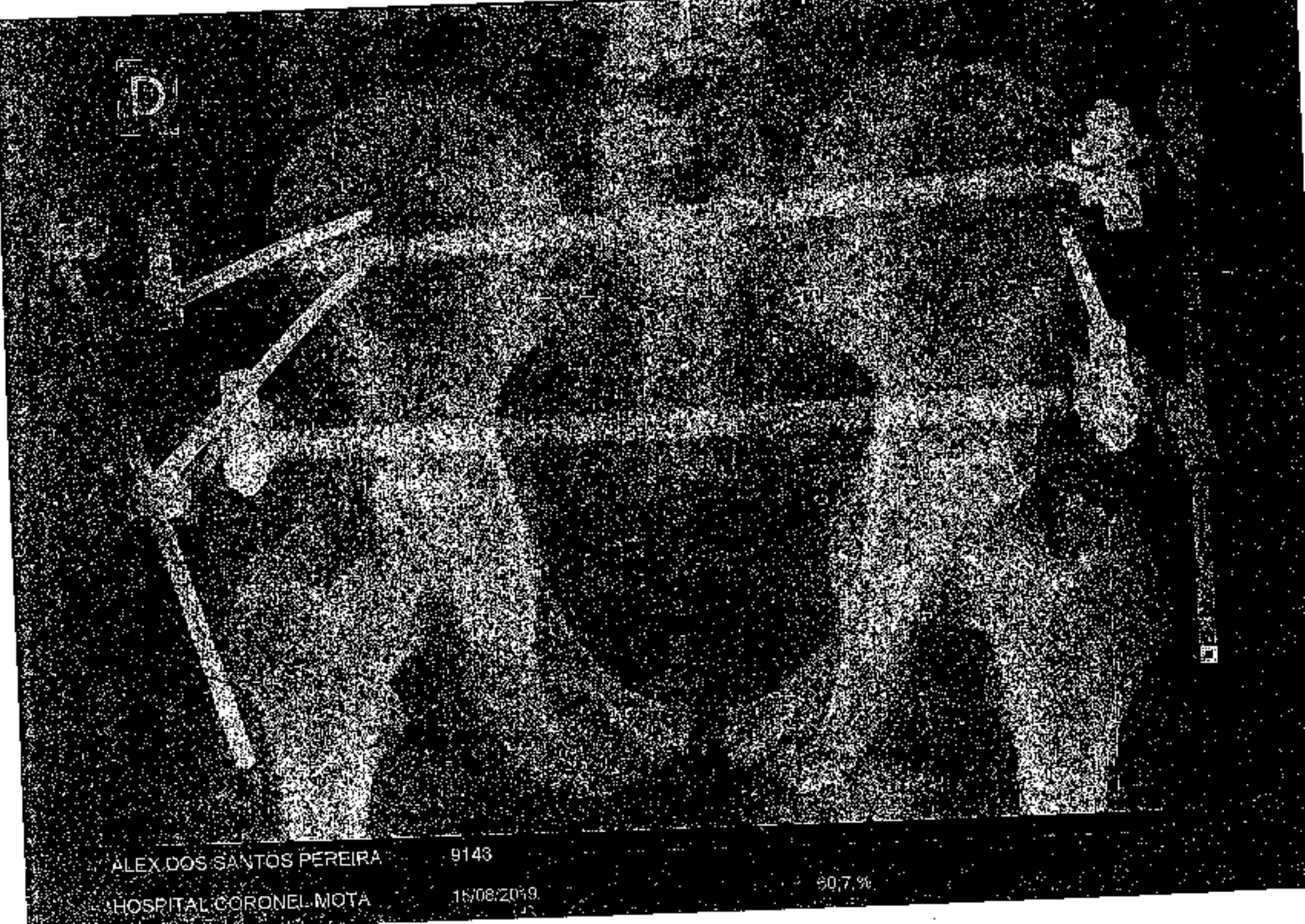
Lote: 040425 Código: FSS 7 209
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA
SARTORI - LINEFIX FEMUR
320 - ESTERIL
Fab.: 04/01/2019 Val.: 01/2024
Registro Anvisa Nº 80083650131
Material AÇO INOXIDÁVEL/TITÂNIO

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda. - EPP
CNPJ: 54.981.623/0001-00 - Rio Claro/SP
Tel: +55 19 3536 1910 info@sartoriind.ar

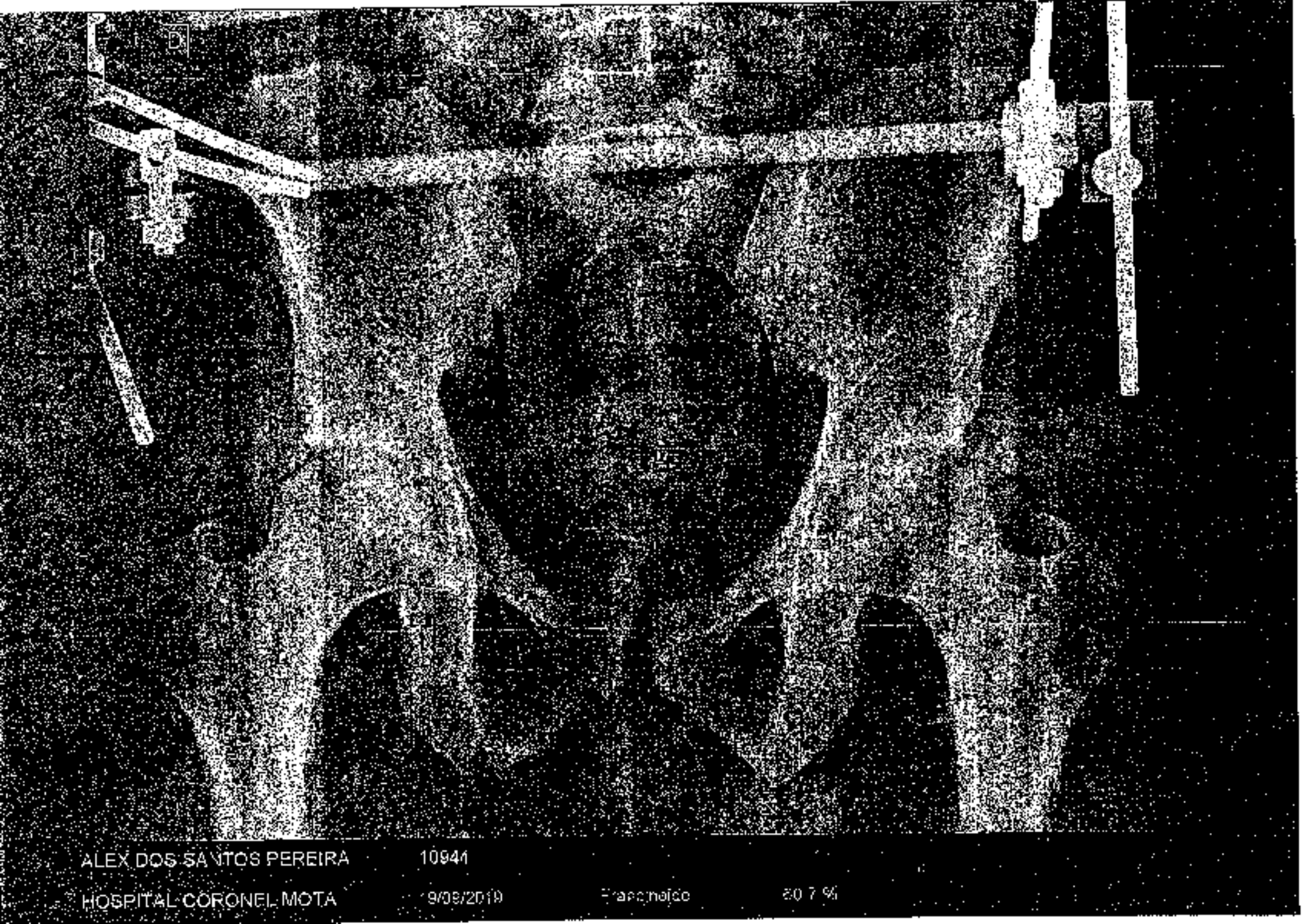
Lote: 008495 Código: AFXS 8 691
PINO INTRAMEDULAR OSSEO R
X C X 4,5 X 200 X T

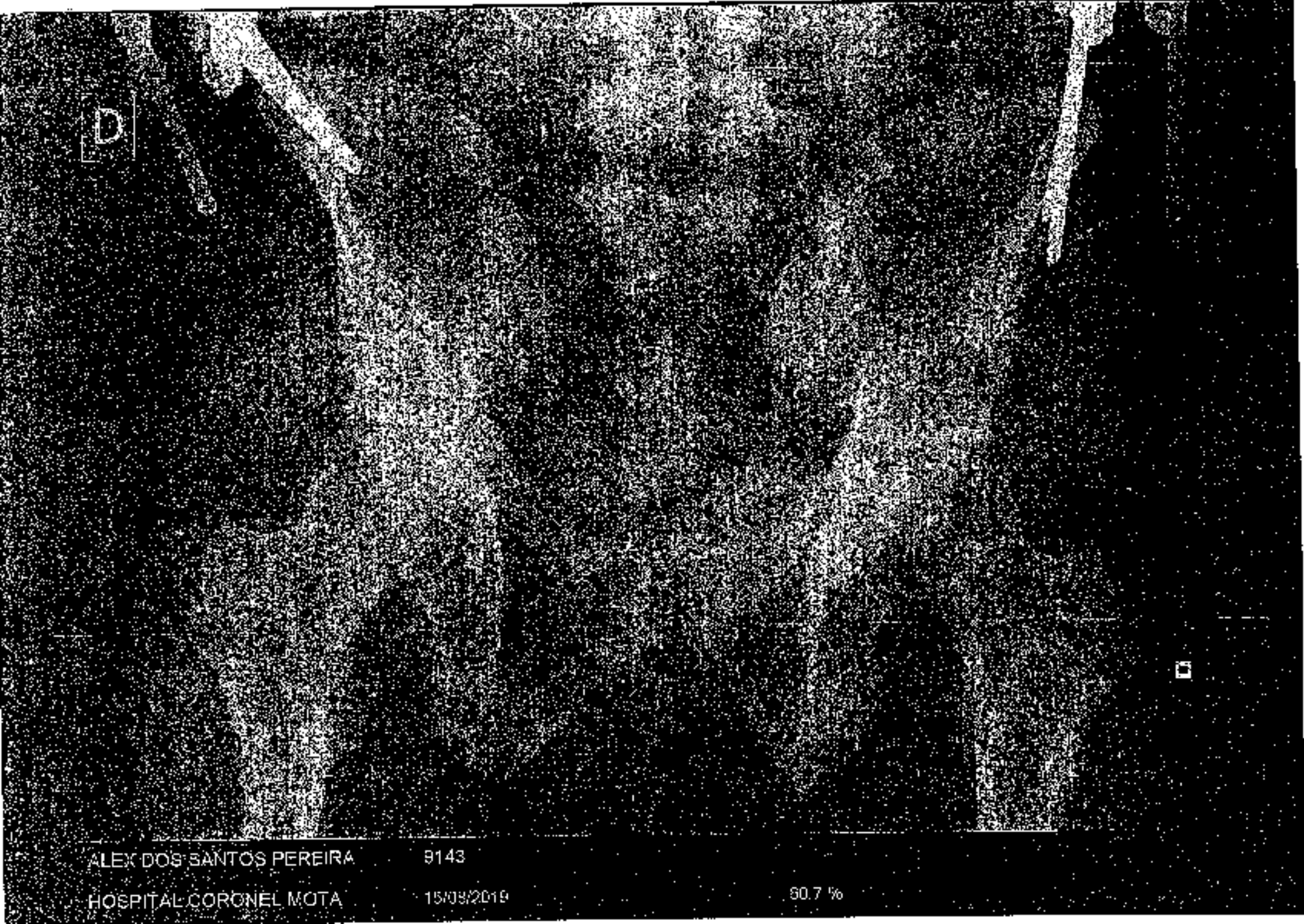
Fab.: 12/12/2018 Val.: 12/2023
Registro Anvisa Nº 80083650126
Material AÇO INOX F138

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda. - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP
Tel: +55 19 3536-1910 info@sartoriind.ar


D
ALEX DOS SANTOS PEREIRA 9143
HOSPITAL CORONEL MOTA 15/08/2019
90,7 %


D
ALEX DOS SANTOS PEREIRA 9143
HOSPITAL CORONEL MOTA 15/08/2019
62,0 %

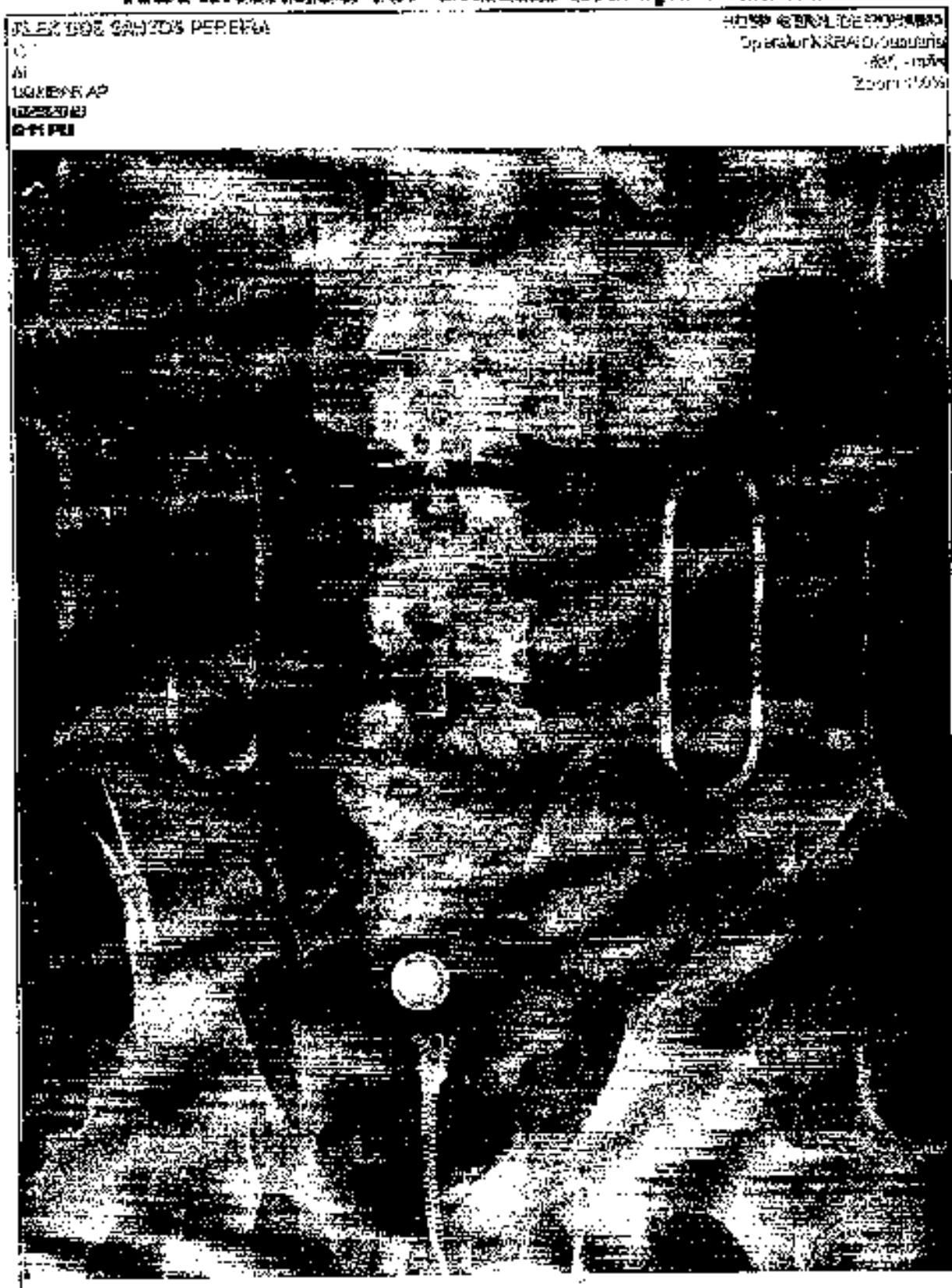

ALEX DOS SANTOS PEREIRA 10941
HOSPITAL CORONEL MOTA 9/09/2019 Fraqueiro 80 7 %


D
ALEX DOS SANTOS PEREIRA 9143
HOSPITAL CORONEL MOTA 15/03/2019 60.7 %

ALEX DOS SANTOS PEREIRA
[illegible]
M
BACIA AF
7/8/2013
2:40 PM

HOSP. GERAL DE NORONHA
Operador: [illegible]
[illegible]
Zoom: 100%

L 128
W 256

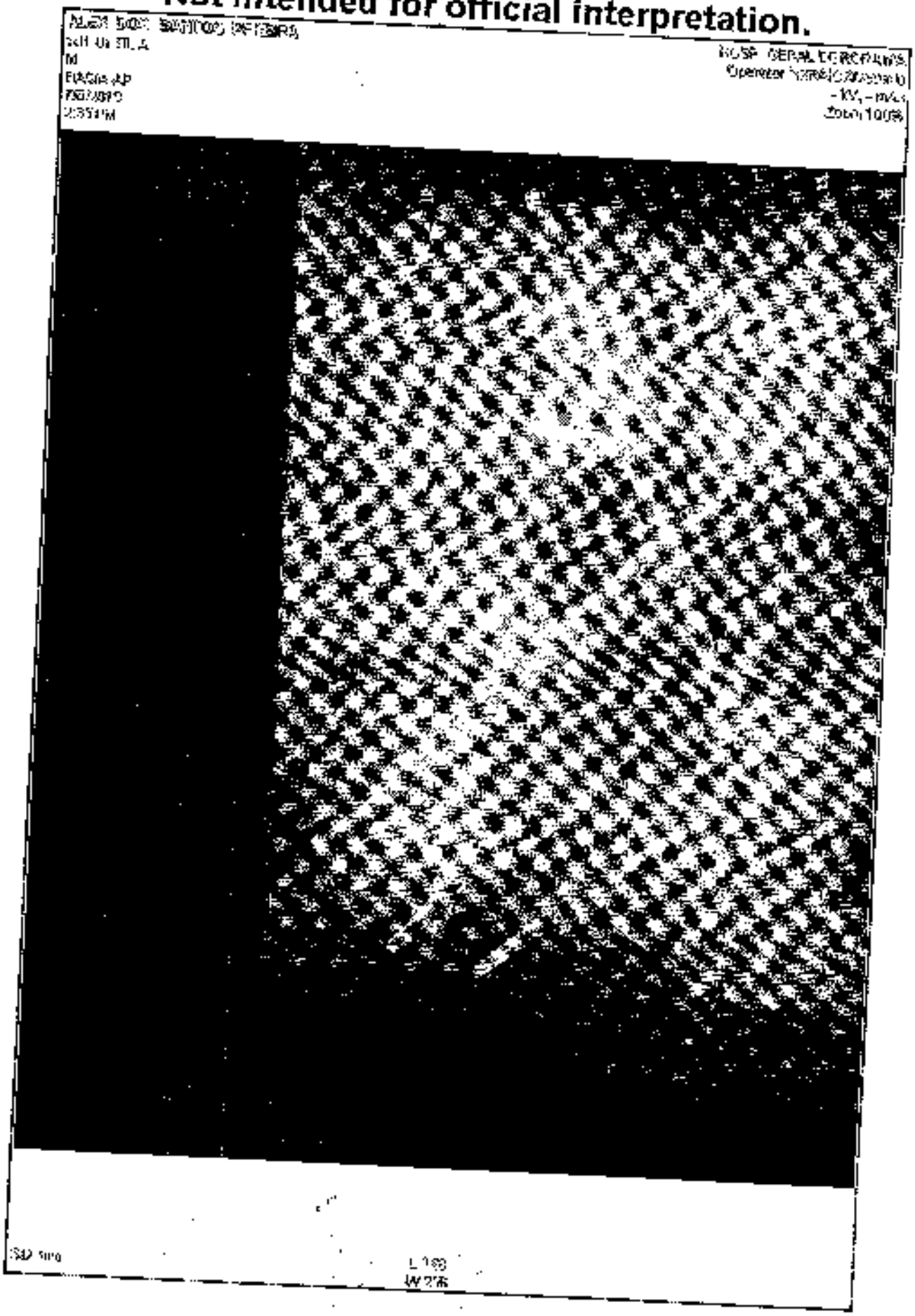


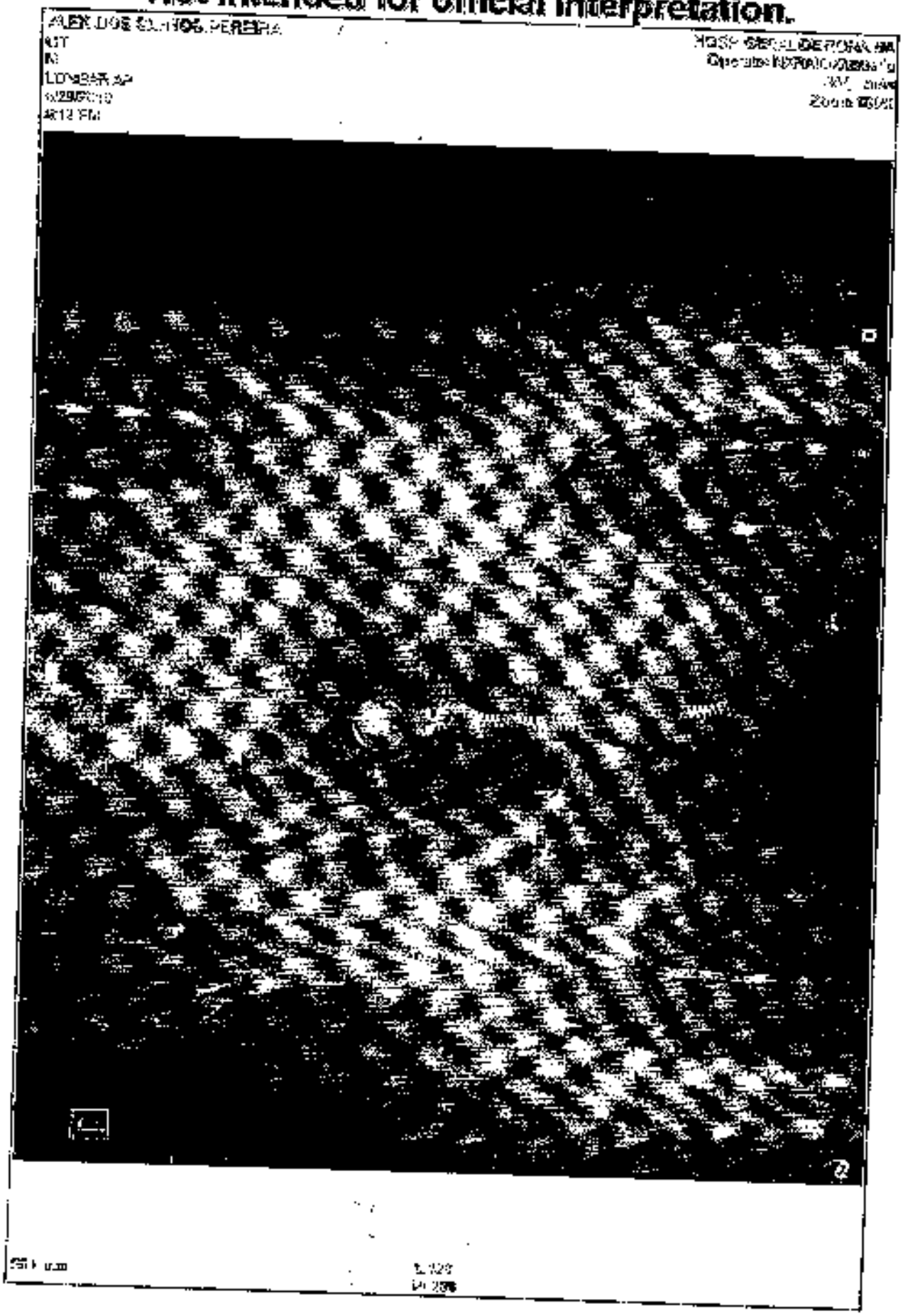
ALEX DOS SANTOS PEREIRA
FOLHA 000 01
7/
DACIA AP
7/5/2010
10:10 AM

HOSP. GERAL DE NORAMA
Operador: [illegible]
-KV, [illegible]
300m [illegible]

300 mm

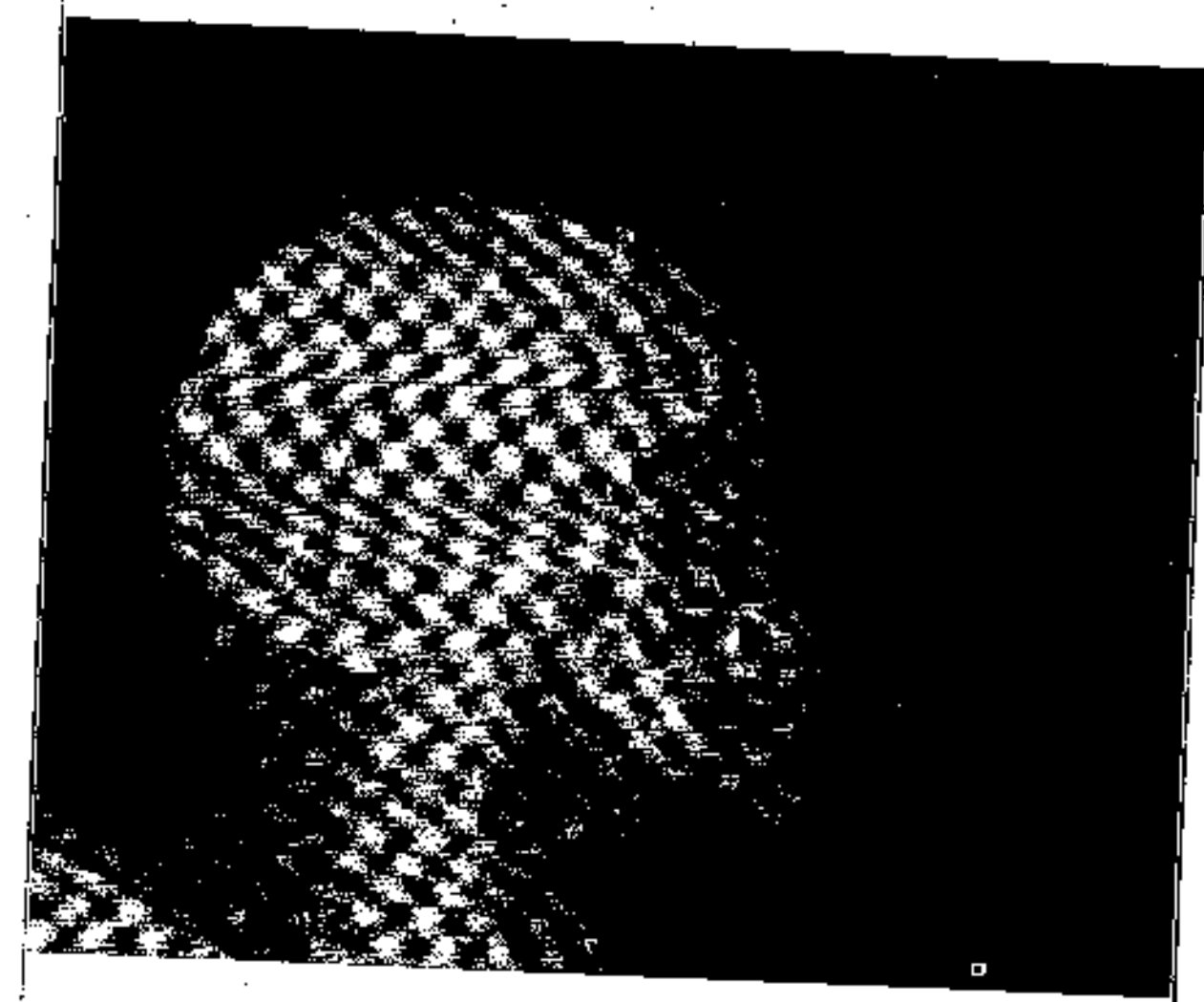
L 1.28
V/2.01





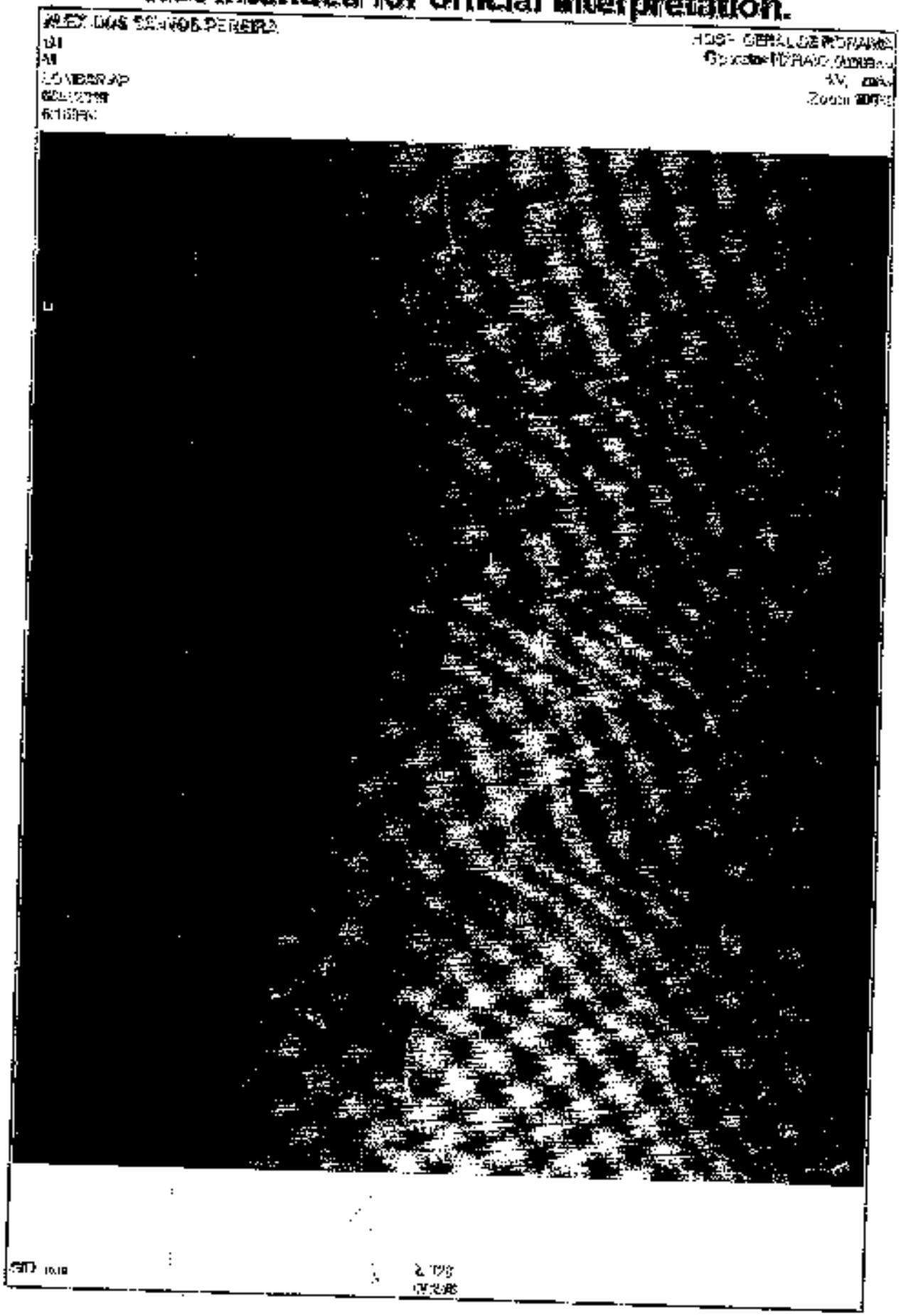
ALEX DOS SANTOS PEREIRA
CRT
[illegible]
LOMBARDIA
[illegible]
[illegible]

HOSP. GERAL DE ARCEBIDA
[illegible]
[illegible]
[illegible]



ALEXIOS SANTOS PEREIRA

HOSP GERAL DE FORTALEZA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

Polegar Direito

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 309121-0

DATA DE EXPEDIÇÃO 02/02/2007

NOME ALEX DOS SANTOS PEREIRA

FILIAÇÃO
SEVERINO ANTONIO PEREIRA
ADÁLIA DA SILVA SANTOS

NATURALIDADE
BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO 26/09/1989

DOC ORIGEM
CERTD NASC 74.768 FLS 154-V LIV A-108
BOA VISTA - RR

2 VIA

Sorala Azevedo Nascimento
Diretora em Exercício do IOC

P 1

LEI Nº7.116 DE 29/08/83

CÓDIGO DE CONTROLE
641B.D617.F103.BF89

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 16:43:35 do dia 15/04/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
004.007.762-43

Nome
ALEX DOS SANTOS PEREIRA

Nascimento
26/09/1989

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

SUS
Sistema Único de Saúde

Cartão Nacional de Saúde

Sistema Único de Saúde

ALEX DOS SANTOS PEREIRA

Data Nasc.: 26/09/1989 Sexo: M

700 9089 6537 6595

DISQUE SAÚDE 136

Este cartão é de uso pessoal e intransferível.
Em caso de roubo ou perda, comunicar ao Disque-Saúde.
VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.

SUS