

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADIAS DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1747864499	NOME JURACY SOARES DA COSTA
	DOC IDENTIDADE / OUT. EMERGENTE 46985 SSP RJ
	CPF 144.634.582-34
	DATA NASCIMENTO 15/08/1964
	FUNÇÃO DELFIN DE SOUZA COSTA ALICE SOARES DA COSTA
PROIBIDO PLASTIFICAR 1747864499	PERMISSÃO PROIBIDA
	ACC PROIBIDA
	CAT / JMB AB
	Nº REGISTRO 01552668109
	VALIDADE 29/11/2023
P. PRELUSTRAÇÃO 29/12/1994	
OBSERVAÇÕES	
ASSINATURA DO PORTADOR <i>Juracy</i>	
LOCAL BOA VISTA, RR	DATA DE EMISSÃO 30/11/2018
ANTONIO FRANCISCO BARRERA NARQUEA DIRETOR PRESIDENTE DETRAN-RR ASSINATURA DO BRASÃO	20634753140 RR209940190
RORAIMA	

Receptor Ster Correios

Cadastrado sem o documento
sinalizado.

Necessário o pendenciamentos.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS".
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA.
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL - IML-RR
DR. BENIGNO JOSÉ DE OLIVEIRA.



LAUDO DE EXAME DECORPO DE DELITO- **COMPLEMENTAR-Nº 6077/2019/IML/RR.**
Destino: **DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO/DAT/RR.**

AUTORIDADE REQUISITANTE:

- Delegado (a) de Polícia Civil: **Alexsander Lopes da Silva.**
- Requisição: **Nº 200/2019/SI/DAT. Referência: BO. Nº 01624/2019/DAT.**

NOME: JURACY SOARES DA COSTA	
NOME SOCIAL: PREJUDICADO	
NACIONALIDADE: BRASILEIRA	NATURALIDADE: BOA VISTA/RR
IDADE: 55 ANOS	SEXO: FEMININO
ESTADO CIVIL: DIVORCIADA	COR: PARDA
PROFISSÃO: MERENDEIRA	ESCOLARIDADE: PREJUDICADO
DOCUMENTAÇÃO: RG. Nº 46985 - SSP/RR	TELEFONE: (95) 99154-1313
FILIAÇÃO: DELFIN DE SOUZA COSTA e ALICE SOARES DA COSTA	
ENDEREÇO: AV. VIA DAS FLORES - Nº 650 - BAIRRO PRICUMÃ - BOA VISTA/RR	
DATA/HORA DO EXAME: 04/11/2019, às 09 horas e 20 minutos.	
Obs: Os profissionais abaixo designados pelo(a) Diretor(a), prestam o solene compromisso de elaborar o laudo descrevendo com verdade todas as circunstâncias que encontrarem, descobrirem e observarem.	

HISTÓRICO:

- Tendo em vista os termos dos laudos anteriores nº **2801/2019/IML/RR**, do dia **03/06/2019**, voltou nesta data para exame complementar.

DESCRIÇÃO:

- Cicatriz cirúrgica de 8 cm na região do terço distal da clavícula direita.
- Limitação nos movimentos do ombro direito.

DISCUSSÃO:

- Pericianda foi submetida a tratamento cirúrgico para correção de fratura da clavícula direita e persiste com limitação nos movimentos do ombro direito.

CONCLUSÃO:

- Limitação nos movimentos do ombro direito permanente.

QUESITOS OFICIAIS e suas RESPOSTAS:

- **PRIMEIRO:** Da lesão sofrida, resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias? **SIM.**
- **SEGUNDO:** Resultará incapacidade permanente para o trabalho, enfermidade incurável, debilidade permanente de membro, sentido ou função, ou deformidade permanente, e em que consiste? **LIMITAÇÃO NA FUNÇÃO DO OMBRO DIREITO.**
- **TERCEIRO:** Qual o estado de saúde atual do ofendido? **BOM.**
- **QUARTO:** Qual o tempo necessário para o seu restabelecimento? **NÃO HAVERÁ RESTABELECIMENTO DA FUNÇÃO NORMAL.**

É por ser verdade digitado este documento, que depois de revisado e achado conforme, será assinado pelos profissionais abaixo e por mim, Hiltahn John Leite Vianna: *af*

Denise M. Santos
Denise M. Santos
Perita Médica Legista
CRM 675-RR

IML-RR

Av. Venezuela nº 2.083, Bairro Liberdade, CEP 69.309-005 - Boa Vista/RR.
Tel. (95) 2121-3409 (Recepção), (95) 2121-3430 (Direção).

DAT
CONFERE COM ORIGINAL

DATA: **04/11/2019**



ASSINATURA

Francisco Stênio Leão Barros
Francisco Stênio Leão Barros
Agente Administrativo/União
Mat. 1036747

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ **INVALIDEZ PERMANENTE** ☐ **DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)** ☐ **MORTE**

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Jurany Soares da Costa
Data do acidente: 22-05-19 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 144.634.582-34

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – ☒ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☒ Laudo de Invalidez do IML – ☒ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado – Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário – (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome):

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 144.634.582-34

E-mail: 70150864@hotmail.com Tel.: ()

Data: 04-12-2019 Assinatura: Jurany Soares da Costa

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto):

Atendente: Anderson S. Menezes Matrícula: 8.652.135-5

Data: 04/12/19 Assinatura: Anderson S. Menezes

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.

É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS**01 a 16** Registro de informações cadastrais Preencher corretamente de acordo com a documentação.**DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL**

17	Nome completo do Representante Legal	Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	CPF do Representante Legal	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	Profissão do Representante Legal	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):

Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

20	Renda Mensal do Titular da conta	Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.
21	Dados bancários	Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

22	Declaração de Ausência de Laudo do IML	Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente.
----	--	--

MORTE

23 a 33	Declaração de Únicos Beneficiários	A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.
---------	------------------------------------	---

NÃO ALFABETIZADO

34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Apor a Impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a pedido (a rogo).
36	CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a pedido (a rogo).
37	Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo), na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes. A pessoa escolhida se compromete a dar-lhe ciência do inteiro conteúdo do Pedido do Seguro DPVAT, antes do preenchimento e assinatura do mesmo.

TESTEMUNHAS

38	1ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.
39	2ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível somente para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

40	Local e Data	Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.
41	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.
42	Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura do procurador devidamente nomeado.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradorallider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05
Ouvidoria: 0800 021 91 35

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS **Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT****IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO**

ASL-0447756/19

Vítima: JURACY SOARES DA COSTA**CPF:** 144.634.582-34**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A**Data do acidente:** 22/05/2019**CPF de:** Próprio**Titular do CPF:** JURACY SOARES DA
COSTA**DOCUMENTOS APRESENTADOS****Sinistro**

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

JURACY SOARES DA COSTA : 144.634.582-34

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: 12/12/2019
Nome: JURACY SOARES DA COSTA
CPF: 144.634.582-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2019
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

JURACY SOARES DA COSTA

Paulo Victor Soares Sant'Ana

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190695137 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JURACY SOARES DA COSTA **Data do acidente:** 22/05/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: LAUDO DO INSTITUTO MÉDICO LEGAL DE RORAIMA, NÚMERO:6077/2019, DATA:04/11/2019, DRA.DENISE M. SANTOS CRM: RR675.

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190695137 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JURACY SOARES DA COSTA **Data do acidente:** 22/05/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

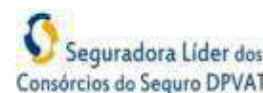
Observações: LAUDO DO INSTITUTO MÉDICO LEGAL DE RORAIMA, NÚMERO:6077/2019, DATA:04/11/2019, DRA.DENISE M. SANTOS CRM: RR675.

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0447756/19

Vítima: JURACY SOARES DA COSTA

CPF: 144.634.582-34

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 22/05/2019

Titular do CPF: JURACY SOARES DA COSTA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

JURACY SOARES DA COSTA : 144.634.582-34

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: 12/12/2019
Nome: JURACY SOARES DA COSTA
CPF: 144.634.582-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2019
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

JURACY SOARES DA COSTA

Paulo Victor Soares Sant'Ana

Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190695137

Vítima: JURACY SOARES DA COSTA

Data do Acidente: 22/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JURACY SOARES DA COSTA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 09 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190695137

Vítima: JURACY SOARES DA COSTA

Data do Acidente: 22/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JURACY SOARES DA COSTA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: JURACY SOARES DA COSTA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000000250-X

Conta: 000010061747-6

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





Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ UN

2 - NR do sinistro ou ASL: 14463458234 3 - CPF da vítima: 144.634.582-34 4 - Nome completo da vítima: Juracy Soares da Costa

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

5 - Nome completo: Juracy Soares da Costa 9 - Número: 650 10 - Complemento: apt.
7 - Profissão: merendeira 8 - Endereço: av. ria das flores 11 - Bairro: Itacuma 12 - Cidade: Boca Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.309-393
15 - E-mail: jo150864@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): 95.991541313

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: 0250 CONTA: 61747
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

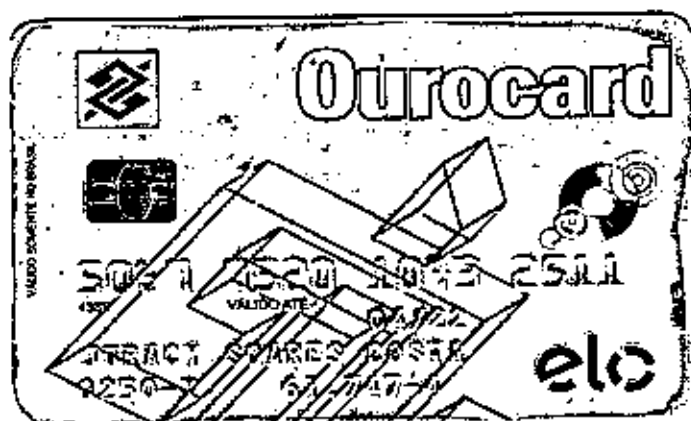
34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): Juracy Soares da Costa
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): 144.634.582-34
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): [Assinatura]
38 - 1ª Nome: Francoise de Fátima de S. Silva
CPF: 13653448320
Assinatura da testemunha: _____
39 - 2ª Nome: Alcyone Domingos de Magalhães
CPF: 927.595.0462.93
Assinatura da testemunha: _____

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 016241/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 03/06/2019 09:49 Data/Hora Fim: 03/06/2019 10:25
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 03/06/2019
Delegado de Polícia: Glauber Carneiro Lorenzini

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 22/05/2019 17:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: RR 321

Bairro: Zona Rural

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JURACY SOARES DA COSTA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista
Profissão: Funcionário Público
Nome da Mãe: Alice Soares da Costa

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: rua cristal
Bairro: pedra pintada

Nº: 803

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 063.360.432-15	Placa NAM0348
Renavam 00809582716	Número do Motor HA07E23055624
Número do Chassi 9C2HA07203R055624	Ano/Modelo Fabricação 2003/2003
Cor PRATA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/C100 BIZ MAIS
Modelo HONDA/C100 BIZ MAIS	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 08/05/2019	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO
Nome Envolvido	Envolvimentos



Delegado de Polícia Civil: Glauber Carneiro Lorenzini
Impresso por: Francisco Stênio Leão Barros
Data de Impressão: 01/08/2019 10:50
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 016241/2019

Nome Envolvido	Envolvimentos
Juracy Soares da Costa	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante acima qualificada informa que, no local e data supracitados, conduzia a motocicleta de propriedade de OLINDO FERREIRA DE PAULA, quando um automóvel desconhecido colidiu na traseira de sua motocicleta. Tal colisão fez com que a comunicante caísse na via e sofresse algumas lesões corporais, tendo inclusive fraturado a sua clavícula direita. Após o acidente o condutor do automóvel fugiu do local sem prestar socorro. A equipe do SAMU compareceu no local, fez os primeiros socorros e a encaminhou ao HGR. A PM não compareceu no local do acidente. Este BO é para fins de recebimento de seguro DPVAT.

ASSINATURAS

Jorge Fernando Paiva Figueiredo

Agente de Polícia
Matrícula 42000787

Responsável pelo Atendimento

*Declara para os devidos fins de direito que sou o(s) titular(is) responsável(is) pelas informações acima assinadas e declaro que não tenho nenhuma dúvida ou crime cometido pelo presente declaração que del origem, conforme previsto nos Artigos 339 Denúncia Caluniosa e 340 Comunicação Falsa de Crime do Código Penal Brasileiro.

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JURACY SOARES DA COSTA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00250-X

CONTA: 000010061747-6

Nr. da Autenticação 72C947C8028B5C44

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capão das Pedras, 591 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 07.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Atividade: 49.11-01/00 - Transporte de energia elétrica por linhas de transmissão
Atividade: 49.12-01/00 - Distribuição de energia elétrica por redes de distribuição

Atividade: 49.11-01/00 - Transporte de energia elétrica por linhas de transmissão
Atividade: 49.12-01/00 - Distribuição de energia elétrica por redes de distribuição

CONTADOR **VENCIMENTO** **CONSUMO (KWH)** **TOTAL A PAGAR (R\$)**
OUTUBRO/2019 11/11/2019 715 571,97

JURACY GOMES DA COSTA

CPF: 0821463458234

V. DAS FLORES 650 GALO - 1 PR/CUM

CEP: 69.389-393 - BOA VISTA

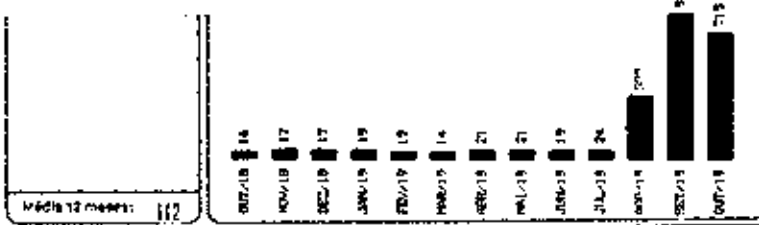
DADOS DA LEITURA (KWH)	DADOS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 15528	Atual: 24/10/2019	Grupo/Subgrupo: B
Anterior: 14813	Anterior: 23/09/2019	Classe/Subclasse: COMERCIAL
Dia de consumo: 31	Próxima leitura: 24/11/2019	Uso: B1
Constante de multiplicação: 1,000	Emprego: 23/10/2019	Número Medidor: 1110002879
Consumo medido: 715	Apresentação: 24/10/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 715	R: 2.001.00.00.524700	Modalidade: CONVENCIONAL

CONSUMO	715 A R\$ 0,764602 =	546,69
ILUMINACAO PUBLICA		25,28

Comprovante de residência



USUÁRIO DE RESIDÊNCIA



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano 09/2019 Valor R\$ 671,39

Unidade consumidora suspendida a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 08/11/2019, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor no SERASA, informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e la reavaliada(s) no valor de R\$ 285,64 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsidere este aviso.

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 10.12.19 P/ NÃO PERDER A TABELA RURAL DESC. ATÉ 30%.

LIGUE 08007819120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

COMPOSIÇÃO DA CONTA (R\$)				IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES (R\$)			
Energia:	297,84	Encargos:	15,47	Base de Cálculo:	ICMS:	17,00%	92,93
Transmissão:	148,45	Tributos:	92,93	546,69	PIS:	0,000000%	0,00
	8,69				COFINS:	0,000000%	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE (R\$)							
Mensal	Trimestral	Atual	Mensal	Trimestral	Atual	Mensal	Mensal
9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,95	
1,95			2,00			1,40	
Conjunta	FLORESTA		Período de apuração:	08/2019		EUSD:	118,56

DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capão das Pedras, 591 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 07.341.470/0001-44
Ins. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

0113933-9

MÊS FATURADO

10/2019

TOTAL A PAGAR - R\$

571,97

VENCIMENTO

11/11/2019

UNE

H.C.

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA - 1ª Classificação Reclassificação
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

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

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

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

1901113302		22/05/2019 18:10:57		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19 39	
Paciente JURACY SOARES DA COSTA		Data Nascimento 15/08/1964		Idade 54 A 9 M 7 D		CNS 70620757	
Tipo Doc Documento		Órgão Emissor Data Emissão		Sexo F		Estado Civil Raca/Cor	
IDENTIDADE 46985		SSP/RR		SOLTEIRO (ABRANCA)		BOA VISTA - RR	
Mãe ALICE SOARES DA COSTA		Pai DELFINO DE SOUZA COSTA		Naturalidade BOA VISTA - RR		Contato (95) 99154-1313	
Endereço RUA - CRISTAL - 803 - ZONA RURAL - BOA VISTA - RR						Ocupação NÃO INFORMADA	
Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira		Validade	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência	
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA		Procedimento Sol.		Temp. Peso Pressão	
Queixa Principal "Dor no peito E"		☐ Síndrome Febril		☐ Sintomático Respiratório		☐ Suspeita de Dengue	
Anamnese de Enfermagem		GSC AQ: 12		RV: 1234		TOTAL MRV: 123456 15	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA: _____ h) Paciente envolvido em acidente motocicleta x automóvel, em que a motocicleta machucando o ombro D e sentindo dor intensa no HTE. Nega ter ficado desorientado. Relata ter HAS. Nega Diabetes e alergias.							
Exame Físico PA: 110/70; PR: MV(+) em apícos, mas ausculta prejudicada em outras regiões pulmonares. Pulso isocórico e fotoreativos. LOTE. FC: 86 bpm; STO: 98%. Abdome inocente. Relata dor intensa no HTE ao respirar. Dor no ombro D.							
Hipótese Diagnóstica Politrauma							
SADT - Exames Complementares ☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:							
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
① Dipirona 2g EV.							
② Paracetamol 40mg EV.							
Condução				Ambulatório		Observação (Até 24h)	
☐ Alta por Decisão Médica				☐ Internação		Data e Hora da Saída/Alta:	
☐ Alta a Pedido							
☐ Alta a Revelia							
☒ Transferência para:							
óbito							
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não				Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica			

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura e Assinatura do Médico

Impresso por: michela.cavalcante
Data Hora: 22/05/2019 18:12:51

Dra. Helena A. Costa
Médica
CRM-RR 1963



1901113302

Out-patient

PM. MATZ

paciente vítima de lesão traumática
de tornozelo em nível (D).

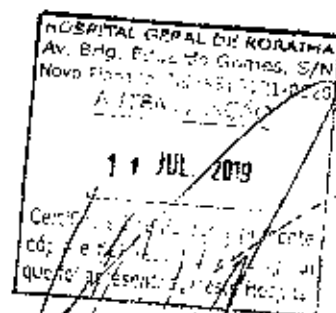
no + Errores Cores

De 42 caracteres passíveis
de TTD em nível.

procedimento + internação.

Dr. Marcos Brunner
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1917/RR

Esta paciente opta por
o tratamento no ambulatório
sem necessidade de internação
por falta de manutenção.



17/06/19

Atos 19.06.19

BLOCO B

Vias WGE

SUS Sistema Único de Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE
4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
5 - NOME DO PACIENTE: Luciano Soares da Costa
6 - N° DO PRONTUÁRIO: 76861
7 - DATA DE NASCIMENTO: 16/08/64
8 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: Alice Soares da Costa
9 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO): R. Cristóvão, 803
10 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Bom Jesus
11 - CDD. IBGE MUNICÍPIO: RIO
12 - UF: RJ
13 - CEP: 24010-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
14 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Fratura em olecrânio

15 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Não realizar Exg^o.

16 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Fratura de Olecrânio Direita

PROCEDIMENTO SOLICITADO
17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Internação Hospitalar
18 - CLÍNICA: Unidade de Pronto Atendimento
19 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: Urgência
20 - DOCUMENTO: () CNS () CPF
21 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 16/06/19
22 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: [Assinatura]

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)
23 - CNPJ DA SEGURADORA: 000000000000000000
24 - CNPJ EMPRESA: 000000000000000000
25 - CNES DA EMPRESA: 000000000000000000
26 - CBO: 000000000000000000
27 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO
28 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: [Assinatura]
29 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR: 0408010150
30 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 5420
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 16/06/19
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: [Assinatura]

W499

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

VERDE

Reclassificação

Vermelho

Laranja

Amarillo

Verde

Azul

Ass.

Reclassificação

Vermelho

Laranja

Amarillo

Verde

Azul

Ass.

JURACY SOARES DA COSTA
FEM 55A 18/06/2019 17:27:50
PAAR SALA DE COLETA

1901123748 16/06/2019 16:58:07 FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA

Paciente: JURACY SOARES DA COSTA Data Nascimento: 15/08/1964 Idade: 54 A 10 M 1 D CNS: 706207571048062 14463458234 00076861

Tipo Doc: Documento Órgão Emissor: SSP/RR Data Emissão: F Sexo: F Estado Civil: SOLTEIRO(A) Raça/Cor: BRANCA Naturalidade: BOA VISTA - RR Nacionalidade: BRASILEIRA

Mãe: ALICE SOARES DA COSTA Pai: DELFIM DE SOUZA COSTA Contato: (95) 99154-1313

Endereço: RUA - CRISTAL - 803 - ZONA RURAL - BOA VISTA - RR Ocupação: NÃO INFORMADA

Class. de Risco: VERDE Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal: Pressão:

Motivo do Atendimento: SPA - PRONTO ATENDIM Caracter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Passo: Pressão:

Sotor: PRONTO ATENDIMENTO Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol.: Registrado por: JACKSON SADOVSKI

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febri ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Internação p/ cirurgia de claudicação em
18/06/19

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

Tato de claudicação.

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☐ Transferência para:

Dra. Hellen Aline Costa
Médica
CRM-RR 1993

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☒ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

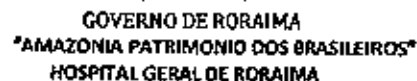
Carimbo e Assinatura do Médico

Impr. por: marcia.almeida
Data Hora: 16/06/2019 17:05:29

Atm
Atm
Atm



1901123748



204-3

[illegible]



ESTADO DE RORAIMA
FUNDAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DO RORAIMA

Paciente: Juracy Soares Da Costa	Sexo: Feminino	Nasc: 15/08/1964	Idade: 55 ANO
Solicitação: 20103689	Número Interno: 1901123748	Solicitante:	
Origem: HGR	Selo: PAAR	Leito: SALA DE COLETA	
Data de Emissão: 18/06/2019 17:27	Recebimento:		

Resultado de Exame

Amostra: 2010368901

COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: PLASMA

Métodologia: M33 - Automatizado (destiny Plus)

Resultado

Referência

TEMPO DE PROTROMBINA

11,50 seg

10.0 - 14.0 seg

RNI

0,80

0.8 - 1.2

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA

28,40 seg

25.0 - 39.0 seg

RATIO

1,04

0,75 - 1,22

Notas

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

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

Wallace Bruno F. Garcia
Farmacêutico - Bioquímico
CRF/RR 211

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

18/06/2019 09:39

(*) Ratificado
Página 1 de 1



Hospital Geral de Roraima
CNPJ 2121.0640-
E-mail: hgrlab@yahoo.com.br
Av. General Eduardo Gomes, 3306 -
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO
DO HGR

SESAU



GOVERNO
DE RORAIMA



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/06/2019	DN	15/08/1964
PACIENTE JURACY SOARES DA COSTA					
AGNÓSTICO FX DE CLAVICULA DIREITA					
ALERGIAS					
IDADE	54	HAS		DM2	
ITEM		LEITO	204-3	DATA	17/06/2019
PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SAV
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SU
8	DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H SN				SU
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SU
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SU
11	SSVV + CCGG 6/6 H				SU
12	ÓLEO MINERAL 10ML VO DE 8/8H SN				SU
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA				SU
15	CURATIVO DIÁRIO				SU
16					SU
17					SU
18					SU
19					SU
20					SU
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					SU

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA.

#EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS.

#SOLICITADO:

#CONDUTA MANTIDA

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	Dr. Augusto Cavalcante CRM-RR 1964 Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H				
12 H				
18 H	100/60	79	34,2	
24 H	140/60	83	36,2	

105 145/45 64 36,5

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

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

12:1h P.A 140/60 FC 64
+ 35,6. segue aos cuidados
de enfermagem Zee Juane

16/06/19

10:55

PA =

Pul =

T =

R =



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

Bloco: B	Data: 27/10/19	Enfermaria: 209	Leito: 03
Nome Completo: Marcelo Soares do Costa	Idade:	Sexo: M	() F () M
Procedência:	Hipótese Diagnóstica:		
Isolamento ou Precaução: () Sim (X) Não	() Padrão	() Contato	() Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos
Alergia: () Sim (X) Não	Qual (is):		
Necessidade de Intérprete? () Sim (X) Não	Qual Idioma:		
Possui acompanhante: (X) Sim () Não	Obs:		
Deambulação: (X) Normal () Sem deambulação () Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante			

SISTEMA NEUROLÓGICO			SISTEMA CARDIOVASCULAR		
(X) Consciente	(X) Orientado	() Desorientado	(X) Normocárdico	() Bradicárdico	() Taquicárdico BC: _____
() Sedado	() Torpido	() Comatoso	() Normotenso	() Hipotenso	() Hipertenso PA: _____
() Agitado	() Reage a estímulos	() Não reage	() Pulso Cheio	() Filiforme	() Arritmico Pulso: _____
PUPILAS			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL		
(X) Fotorreagente	() Mioticas	() Midriáticas	(X) VO () SNG/SOG	() SNE/SOE	() GTT () NPT
() Isocóricas	() Anisocóricas	() Não reagentes	Alimentação da dieta: () Sim () Não () Parcial		
REGULAÇÃO TÉRMICA			EVACUAÇÕES		
(X) Afebril	() Hipotérmico	() Hipertérmico	(X) Presente	() Ausente	() Colostomia
() Febril	() Febre	() Plrexia	(X) Normal	() Diarreia	() Constipação () Melena
() Hiperpirexia			Flatos: (X) Presente () Ausente		
CARACTERÍSTICAS DA PELE			REGULAÇÃO ABDOMINAL		
(X) Hidratada	() Desidratada	() Ressecada	(X) Normotenso	() Distendido	() Globoso () Flácido
() Normocorada	() Hipocorada	() Hipercoorada	() Ascítico	() Maciço	() Timpânico
() Anictérica	() Ictérica	() Cianótica	Ruídos Hidroaéreos: () Presente () Ausente		
() Aclanótica	() Edema Local: _____		Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não		
Úlcera por pressão: () Sim () Não			SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		
Região: _____			(X) Espontânea	() SVD	() Anúria () Oligúria
Curativo realizado: () Sim () Não FO: () SIM (X) NÃO			() Poliúria	() Disúria	() Colúria () Hematúria
			() Cistostomia	() Irrigação contínua	() Úropen

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

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES					
Cateter Periférico: (X) Sim () Não	Local: _____	Data: _____	Trocar em: _____		
Cateter Central: () Sim () Não	Local: _____	Curativo realizado em: _____	Trocar em: _____		
Sinais de Infecção no sítio da punção: Não	() Sim () Não				
Sondas: () Sim (X) Não () SNG	() SOG () SNE () SOE () GTT	() Lavagem	() Sifonagem		
Dreno de: _____	Aspecto da secreção: _____	Quantidade: _____			
Cateter Vesical: () Sim (X) Não	Data da Instalação: _____	Trocar em: _____			
Prótese: () Sim (X) Não	Tipo: _____	Local: _____			

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM					
() Deglutição	() Padrão respiratório Ineficaz	() _____			
() Risco de nutrição desequilibrada	() Déficit no autocuidado para alimentação	() _____			
() Risco de glicemia instável	() Déficit no autocuidado para banho/higiene	() _____			
() Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	() Conhecimento deficiente	() _____			
() Volume de líquidos excessivo	() Comunicação verbal prejudicada	() _____			
() Volume de líquidos deficiente	(X) Risco de dignidade humana comprometida	() _____			
() Eliminação urinária prejudicada	() Processos familiares disfuncionais	() _____			
() Risco de constipação	() Risco de quedas	() _____			
() Diarreia	() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	() _____			
() Incontinência Intestinal	() Dor aguda	() _____			
() Padrão de sono prejudicado	() Dor crônica	() _____			
() Mobilidade física prejudicada	() Náusea	() _____			
() Integridade da pele prejudicada	() Risco de broncoaspiração	() _____			
() Risco de integridade da pele prejudicada	(X) Risco de infecção	() _____			
(X) Conforto prejudicado	() Ventilação espontânea prejudicada	() _____			

Thiago H. R. R. R.
Enfermeiro
200.069

HGRHospital Geral
de Roraima**PEDIDO DE PARECER**

Unidade: _____

Nome: Jurey Soares da CostaIdade: 54

REGISTRO: _____

Bloco: BEnfermeira: 304Leito: 3

U.T.I.: _____

Emergência: _____

De: _____

Clinica medica

Para: _____

Cardiologia

Dados Clínicos:

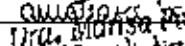
Soluto risco cirurgico, para
Cirurgia de clavicula dia 18/06/19
Globo!


Dra. Hevelin Aline Costa
Médica
CRM-RR 1963

17/06/19

Data

Pelo questionário de cirurgia de Otorrinolaringologia de Clínica médica


Dra. Mariana
Audiologista
CRM/RR - 308

p/ cirurgia 12/06/19

cardiologia

RA 44

CA 1-06

HB 13

HT 43

Puls 243000

F, 54 anos, pré op Cirurgia ortopedica
clavícula.

Sem queixa cardiologica

Hist. Comorbidade hipertensão 50% / dia

Nega outras comorb. Jeds

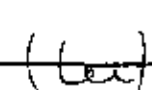
Nega tabagismo

Ecg normal

Ater 2 + Bv. SISA - RA - 130 x 70 mm

Exame físico

Data


Dr. Ricardo Carvalho
Cardiologista
CRM-RR 1841 RQE 65

médico
Dr. Ricardo Carvalho
Cardiologista
CRM-RR 1841 RQE 65

**SUS**Sistema
Único de
Saúde
Ministério
de
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com fx clavicular

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Anamnese + Rx + Ex. Físico

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

TTO clavicular

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fx clavicular

21 - C D 10 PRINCIPAL 22 - C D 10 SECUNDÁRIO 23 - C D 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Médico Responsável

Oscar T. ...

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOE

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() EXPOSITADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 18.06.19

O.S. _____

Siracy Soares
da Costa

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fx clavicular D

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TTO Cirúrgico

TIPO DE INTERVENÇÃO:

=

COMPLICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

O mesmo

CIRURGIÃO:

Dr. Vitor Montenegro

1º AUXILIAR:

Dr. Bruno

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

VÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1 - Paciente em DDH sob anestesia
- 2 - Anestesia + antirreflexo + colocação de campos estéreis
- 3 - Acesso em região anterior da clavícula Direita
- 4 - Divulção por planos até o foco da fratura
- 5 - Redução da fratura + fixação com



DN 15-02-64

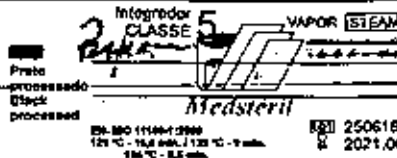
FICHA DE ANESTESIA

[illegible]

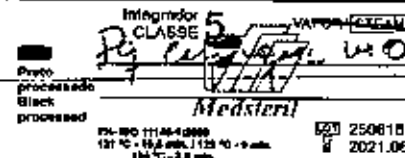


GOVERNO
SECRETARIA

Medsteril



Medsteril



FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: <u>54 anos</u>		APT OU LEITO: <u>204-3</u>	Nº DO PRONTUÁRIO: <u>00076861</u>	DATA: <u>18.10.2011</u>
TIPO: <u>Ortossintese Fratura de Clavícula</u>		CIRURGIA		
CIRURGIÃO: <u>Dr. Viton</u>		INICIO: <u>14:25</u>	FIM: <u>15:10</u>	TEMPO TOTAL
1º AUXILIAR: <u>Dr. Marcus Brenner</u>		EQUIPE MÉDICA		
2º AUXILIAR: <u>Dr. Marcos</u>		CIRCUANTE: <u>Dr. Marcos</u>		
TIPO DE ANESTESIA: <u> Geral </u>		TEMPO DE DURAÇÃO:		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS
<u>21</u>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		<u>21</u>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO
<u>21</u>	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
<u>21</u>	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO
<u>21</u>	LUVA ESTERIL 7.5		<u>1</u>	FIO VICRYL Nº <u>2-0</u>
<u>21</u>	LUVA ESTERIL 8.0		<u>1</u>	FIO MONONYLON Nº <u>3-0</u>
<u>21</u>	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº
<u>21</u>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS	<u>McG</u>		FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
<u>21</u>	LÂMINA BISTURI Nº			FIO CATGUT SIMPLES Nº
<u>21</u>	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº
<u>21</u>	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº
<u>21</u>	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº
<u>21</u>	SERINGA 01ML			SURGICEL
<u>21</u>	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO
<u>21</u>	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº
<u>21</u>	SERINGA 10ML			GEOFOAM
<u>21</u>	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA
<u>21</u>	<u>1 Tubo Traqueal 7/8</u>			OUTROS:
<u>21</u>	<u>Elutrodos</u>			
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
	<u>Rebeca e Luciana</u>	SUB- TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCUANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
	<u>Raimundo e Rosimar</u>	TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

ORTOPEDIA
CAUTELA DA NEURO CIRURGIA

Tipo Cirurgia:

Hc cirurgia fratura de clavícula
Direita

Data: 28/06/2019

Nº. DO PRONTUÁRIO: 00076861

Paciente: JURACY SOARES DA COSTA

Idade 54^a

Bloco: 3 Enfermaria 204 Leito 03

Caixa: 7 fio

Nº 2,5

Circulante: Rosimar Ramon da Sala 04

Conferencia Expurgo CME:

Material Utilizado:

fio de Kirschner 2,5: 03 unidades

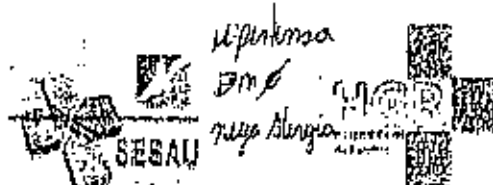
Médico Responsável

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME

Dr. Vitor Montenegro
Traumato - Ortopedia
CRM-RR 000000

3 FIO de



SAE - SISTEMATIZAÇÃO ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

NOME: Juracy Soares da Costa

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO		TRANSOPERATÓRIO					SRPA		Sinais Vitais			
Data: <u>18/06/19</u>		Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia	Saída S.O.	<u>Cirurgia</u>	<u>Localização</u>	T	P	PA	SP02
Reg. Idade: <u>59</u>		<u>13:35</u>	<u>14:05</u>	<u>14:05</u>	<u>15:10</u>		<u>Cervical</u>	<u>OT. prof. Clavícula</u>			<u>60</u>	<u>100%</u>
Chegada: <u>12:00</u>		Cirurgia Realizada	Anestesia	Posicionamento								
☐ Emergência ☐ U.T.I. 1		<u>Det. Fract. de Clavícula</u>	<u>General</u>	<u>dorsal</u>								
☒ Internação ☐ U.T.I. 2		Hidratação	Antibiótico	Hemoderivados								
☐ Outros: <u>204-3</u>		Infundida	Yngelo									
Cirurgia Proposta:		SF a 0.9%: <u>1000</u>		Nome: <u>Clavícula</u> CH:								
Cirurgia Realizada:		SG a 10%:		Dose: <u>1g</u> Plasma:								
1. Informações:		Outros:		Plaquetas:		1. Sonda						
☒ Jejum ☐ Pré-anestésico		Nº de compressas oferecidas:		Anatomia Patológica:		2. Curativo						
☐ Jéris ☐ Intracath		Nº de compressas recolhidas:		☐ Não		3. Dreno						
☒ Bexiga ☐ Sangue		Sinais Vitais:		☐ Sim		4. Acesso Venoso						
☐ Adiposidade ☐ Cardiopatia		T: <u>36.9</u> °C P: <u>99</u> bpm		Nº peças:		5. Outras						
☒ Exames ☐ Asmática		SAT: <u>99</u> % R: <u>99</u> rpm		☐ Cultura								
☐ Outros:		☐ Regular ☐ Irregular		☐ Outros:								
		FC: <u>97</u> bpm PA: <u>133x90</u> mmHg										
2. Estado Emocional/ Mental		Exames na S.O.:		☐ Ht ☐ Hb ☐ Hemoglobina ☐ Arto X		Balanço Hídrico						
☐ Chateado ☐ Sonolento		☐ Outros:				Entradas						
☐ Agitado						EV HV CH SNG Dreno Diurese SNG Outros						
☒ Outros: <u>ambos</u>						SF: <u>1000</u>						
3. Sinais Vitais:		Legenda										
T: <u>36.9</u> °C P: <u>105</u> bpm		1. Eletrodo										
PC: <u>PA 116/72</u> mmHg		2. Oxímetro										
SAT: <u>99</u> % R: <u>99</u> rpm		3. PVC										
☐ Regular ☐ Irregular		4. Placa de Bisturi										
USA <u>Clavícula</u> S.O. <u>12 dia</u>		5. Incisão										
		6. Cateter										
		7. Vendelise										
		8. Dreno										
		9. SNG										
		10. Falca de Sotarch										
		11. Outros:										
4. Condições da Pele:												
☐ FFA ☐ Ferimento												
☐ FAE ☐ Queimado												
☐ Fer ☐ Hematoma												
☐ Frio ☐ Contusão												
☐ Fumaça ☐ Eritematoide												
☐ Fúria ☐ Amputação												
☐ Fúria ☐ Protr. Exposta												
Destino: ☒ SRPA ☐ U.T.I. ☐ Outros:												

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Josely Soares da Costa
Responsável Cirúrgico: Vitor Bruno

ENTREVISTA (Sala Pré-Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- ☒ Identidade
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento
Consentimento: () Sim (X) Não

RISCO CIRÚRGICO

() Aplicar (X) Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

() Sim (X) Não () Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA
CONCLUIDA

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

(X) Não () Sim, Qual:

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

(X) Não
() Sim, e equipamento/assistência disponível

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

(X) Não
() Sim, e acesso endovenoso adequado, planejamento para fluidos

EVERSON
CRM 2023

Data: 18.06.19 Assinatura: Hora: _____

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista: M. Mendes

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- (X) Identificação do paciente
(X) Sítio cirúrgico
(X) Procedimento

EVENTOS 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:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

(X) REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

() Não se aplica

(X) Sim, Qual: Cloranfenicol 1g Hora: 15:00

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

(X) Sim
() Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós-Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

(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 ANATOMIA 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 DESTES PACIENTES

(X) Sim () Não () Não se Aplica

Durciane

Assinatura e Carimbo



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



DATA DE ADMISSÃO	DIH	16/06/2019	DN	15/08/1964
PACIENTE	JURACY SOARES DA COSTA			
AGNÓSTICO	FX DE CLAVICULA DIREITA			
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	54	LEITO	204-3	DATA 18/06/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL ZERO (CIRURGIA HJ A TARDE)			5ND
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			(SN)
8	DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H SN			(SN)
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			(SN)
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			(SN)
11	SSVV + CCGG 6/6 H			(SN)
12	ÓLEO MINERAL 10ML VO DE 8/8H SN			(SN)
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA			06
15	CURATIVO DIÁRIO			Calvinista
16				
17				
18				
19				
20				
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).			
	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;			
	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE			
	50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, SEM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA.

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS.

SOLICITADO:

CONDIÇÃO: MANTIDA

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:		
18 H	PREVISÃO DE ALTA SEM PREVISÃO		
24 H			

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

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

PA = 150/90
Pul = 84 bpm
T = 35.4°C
R = 22
Zilmarina A. Nascimento
Aux. em Enfermagem
COREN/RR-375856

204-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <u>Sunacy Soares da Costa</u>					
AGNOSTIC <u>Rx claudicante</u>					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	<u>18/06/19</u>
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				8 NO
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				
4	DIPIRONA 500MG EV 8/6H				12
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				14
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				12
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				10
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
13	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotacion
14	CURATIVO DIÁRIO				M
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

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

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

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H	130x80	80	19
24 H	120x70	80	19

06H 110x70 75 19 36.2

Nutrição: Dieta hipomédica

Dr. Pedro ...
Ortopedia e Traumatologia

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Administrado a
medicamentos do TMS
47.57.10.14
Trocado AV p. Glicer
de 12.22. 10/03/19



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



DATA DE ADMISSÃO			DIH	16/06/2019	DN	15/08/1964
PACIENTE	JURACY SOARES DA COSTA					
AGNÓSTICO	FX DE CLAVICULA DIREITA					
ALERGIAS	HAS DM2					
IDADE	54	LEITO	204-3	DATA	19/06/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N					
8	DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H SN					
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA					
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
11	SSVV + CCGG 6/6 H					
12	ÓLEO MINERAL 10ML VO DE 8/8H SN					
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA					
15	CURATIVO DIÁRIO					
16	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H					
17	<i>Alto Hospitalar</i>					
18						
19						
20						
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA						

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, SEM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA, SE RECUPERA BEM DO PÓS CIRÚRGICO
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, FO SEM SINAIS DE FLOGOSE.

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA				Dr. Augusto Cavalcante CRM-RR 1964 Residente de Ortopedia e Traumatologia
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

Dr. Pedro Di Giovanni
 Endoprotésista Traumatologista
 CRM-RR 1615 / RQE: 684



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/06/2019	DN	15/08/1964
PACIENTE	JURACY SOARES DA COSTA				
AGNÓSTICO	FX DE CLAVICULA DIREITA				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	54	LEITO	204-3	DATA	19/06/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SC
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SC
8	DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H SN				SC
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SC
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SC
11	SSVV + CCGG 6/6 H				SC
12	ÓLEO MINERAL 10ML VO DE 8/8H SN				SC
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA				SC
15	CURATIVO DIÁRIO				SC
16	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H				SC
17					
18					
19					
20					
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DULML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				SC

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, SEM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA, SE RECUPERA BEM DO PÓS CIRÚRGICO

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

SOLICITADO:

CONDUÇÃO: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA					Dr. Augusto Cavalcante CRM-RR 1964 Residente de Ortopedia e Traumatologia
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	SEM PREVISÃO	
6 H					
12 H					
18 H					
24 H					

Dr. Pedro Di Giovanni
Residente de Traumatologia
CRM-RR 1964 / ROE: 684



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Wendy Soares do Carmo 54 ANOS.
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 16/06/19 COM
DIAGNÓSTICO DE fratura do Clavículo D.

NO DIA 18/06/19 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
osteossíntese do Clavículo D. SENDO

OPERADO PELO DR. Bruno Figueiredo E DR. J. Von Hartmann

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 29/6/19 ÀS 10h00 EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 01/7/19 ÀS 7h00, COM O
DR. Bruno Figueiredo

ORIENTAÇÕES GERAIS:

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

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Gd. Eduardo Gomes, S/N
Nova Planaltina - Tel: (92) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

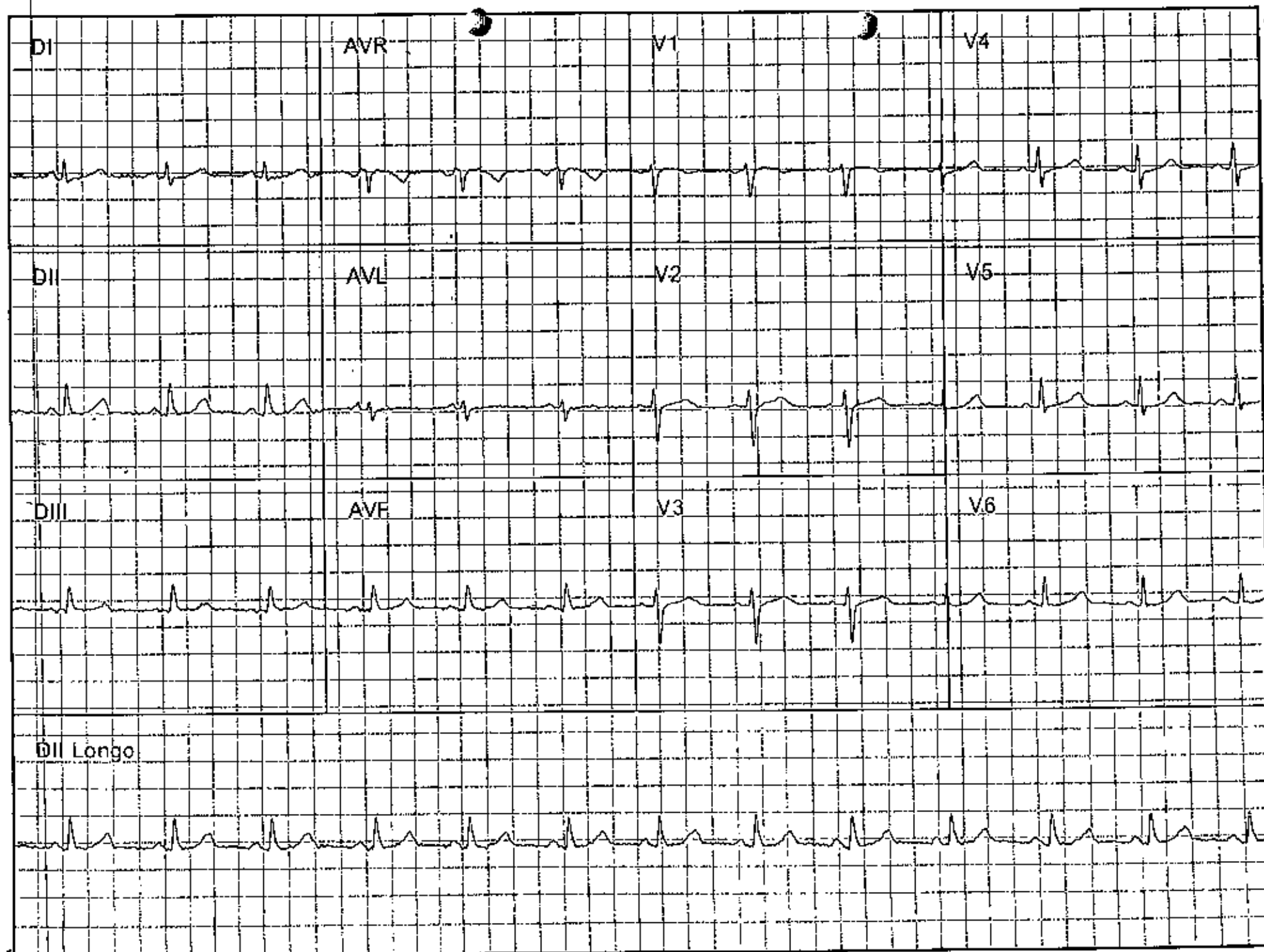
01 JUL 2019

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

BOA VISTA 29/06/19

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR/1994

MÉDICO



Paciente: JURACI SOARES DA COSTA

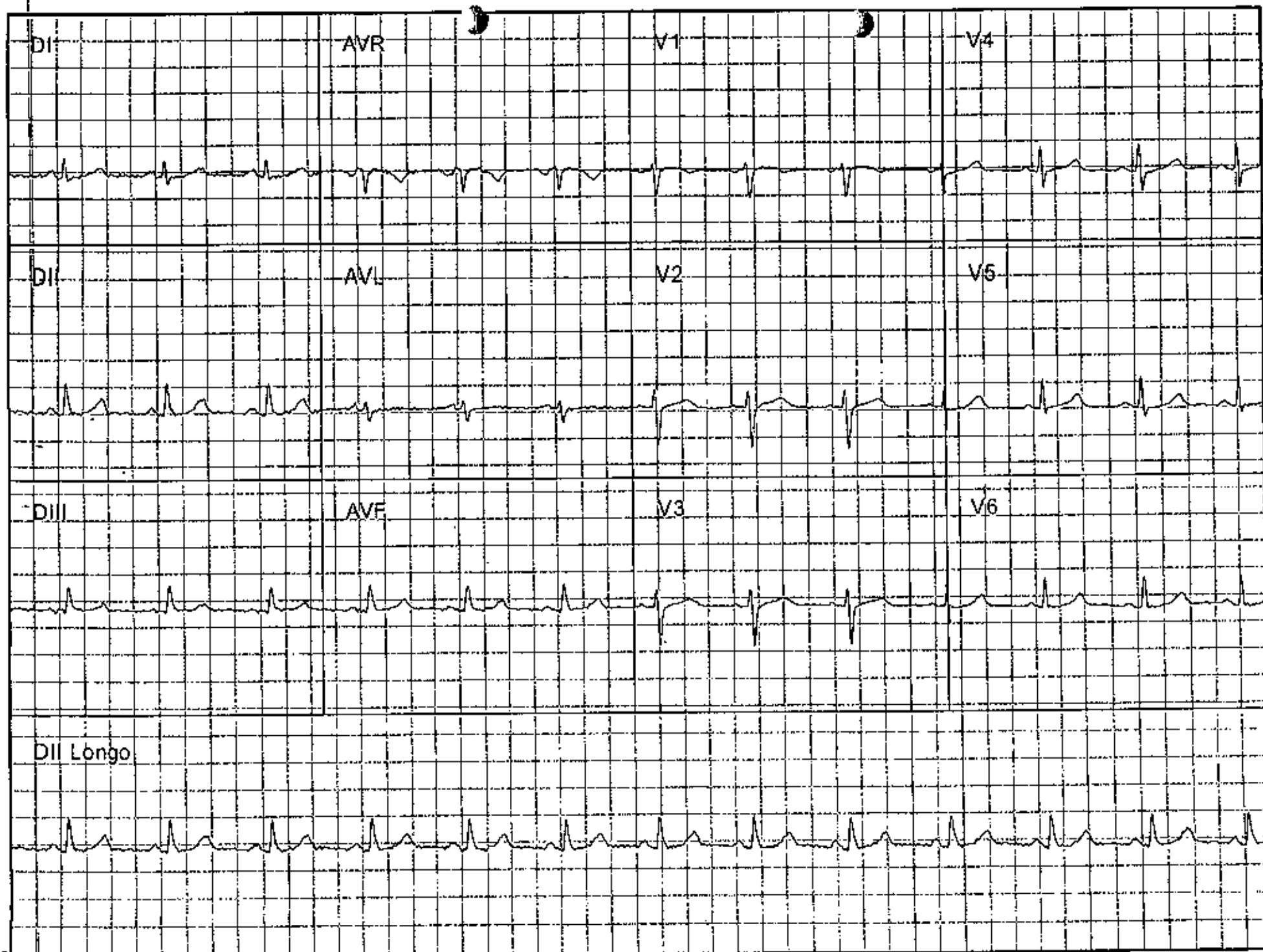
Exame: 947801

Registro: 1 de 2

Escala: 25,0mm/s 10mm/mv 500 Amostras por segundo

Data de nascimento: 15/08/1964

Data de aquisição: 12/06/2019 15:28:00



Paciente: JURACI SOARES DA COSTA

Exame: 947801

Registro: 1 de 2

Escala: 25.0mm/s 10mm/mv 500 Amostras por segundo

Data de nascimento: 15/08/1964

Data de aquisição: 12/06/2019 15:28:00

Paciente: JURACI SOARES DA COSTA

Sexo: femin Data de nasc.: 15/08/1964

Solicitante: MARIA VAULIAM FERREIRA DE BRITO CRM: 1400066/RR

Data de Solicitação: 12/06/2019

Estabelecimento: UNIDADE BASICA DE SAUDE PRICUMA CNES: 2744538

Município/UF: BOA VISTA/RR

Realização exame: 12/06/2019 15h24RR Envio exame: 12/06/2019 16h29BR Realização laudo: 12/06/2019 16h45BR

Ritmo sinusal regular com frequência cardíaca de 81 bpm.

A Onda P tem duração de 108 ms e características normais.

A duração do intervalo PR é de 134 ms, sendo considerada normal.

O complexo QRS tem duração de 90 ms, eixo elétrico em 67 graus e morfologia normal.

A repolarização ventricular processou-se com intervalo QT corrigido de 433 ms e sem alterações patológicas.

CONCLUSÃO:

1. ECG dentro dos limites da normalidade para idade e sexo

Responsável pelo laudo: MARCELO MARTINS PINTO FILHO CRM: 1234/MG

Monitoramento e Suporte:
Núcleo Estadual de Telessaúde de Roraima
Contatos: (95) 2121-0587
telesauderr@gmail.com

Núcleo Especialista:
Centro de Telessaúde HC/UFMG
Contatos: (31) 3409-9201
telessaude.mg@hc.ufmg.br

Página: 2/2

Autenticação do Laudo:

04D02-F1591

www.telessaude.hc.ufmg.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Paciente: JURACI SOARES DA COSTA

Sexo: femin Data de nasc.: 15/08/1964

Solicitante: MARIA VAULIAM FERREIRA DE BRITO CRM: 1400066/RR

Data de Solicitação: 12/06/2019

Estabelecimento: UNIDADE BASICA DE SAUDE PRICUMA CNES: 2744538

Município/UF: BOA VISTA/RR

Realização exame: 12/06/2019 15h24RR Envio exame: 12/06/2019 16h29BR Realização laudo: 12/06/2019 16h45BR

Dados Clínicos

Peso: 70 kg

Altura: 172 cm

IMC: 23,7

Motivo da Realização do Exame

Risco Cirúrgico

Medicamentos em uso

Outros: IBUPROFENO

Comorbidades, fatores de risco e história pregressa

Nenhum, Uso de marca-passo: não

Observações

Monitoramento e Suporte:

Núcleo Estadual de Telessaúde de Roraima

Contatos: (95) 2121-0587

telessauderr@gmail.com

Núcleo Especialista:

Centro de Telessaúde HC/UFMG

Contatos: (31) 3409-9201

telessaude.mg@hc.ufmg.br

Página: 1/2

Autenticação do Laudo:

04D02-F1591

www.telessaude.hc.ufmg.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



ESTADO DE RORAIMA
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Paciente: Juracy Soares Da Costa

Sexo: Feminino

Nasc: 15/08/1964

Idade: 55 ANO

Solicitação: 20102618

Número Interno: 1901121992

Solicitante: HEVELIN ALINE COSTA CRM-RR 1863

Origem: HGR

Setor: PAAR

Local: SALA DE COLETA

Data de Emissão: 12/06/2019 09:12

Recebimento:

Resultado de Exame

Amostra: 2010261802

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

LEUCOGRAMA

	Resultado	Referência
LEUCÓCITOS	5.14 x10 ⁹ /uL	4.0 - 10.0 x10 ⁹ /uL
NEUTRÓFILOS	61.00 %	50.0 - 70.0 %
LINFÓCITOS	28.60 %	20.0 - 40.0 %
MONÓCITOS	7.80 %	3.0 - 12.0 %
EOSINÓFILOS	2.30 %	0.5 - 5.0 %
BASÓFILOS	0.30 %	0.0 - 1.0 %

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	5.13 x10 ⁶ /uL	3.9 - 5.03 x10 ⁶ /uL
HEMOGLOBINA	13.50 g/dL	12.0 - 16.0 g/dL
HEMATÓCRITO	43.80 %	35.0 - 45.0 %
VCM	86.40 ug/L	77.0 - 101.0 ug/L
HCM	26.30 pg	27.0 - 34.0 pg
CHCM	30.90 g/dL	28.0 - 33.0 g/dL
RDW CV	12.50 %	11.0 - 16.0 %
RDW SD	44.90 fL	35.0 - 56.0 fL

PLAQUETOGRAMA

PLAQUETAS	243.00 x10 ³ /uL	150.0 - 400.0 x10 ³ /uL
VRM	9.20 fL	6.5 - 12.0 fL
ADP	16.20	9.0 - 17.0
PCT	0.224 %	1.08 - 2.82 %

Dr. Auricélia Cetheiros Pena
Farmacêutica Bioquímica - Esp.
CRF-RR 088

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

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

12/06/2019 17:16

(*) Redigido

Página 1 de 2

Hospital Geral de Roraima
06000 2121 0640
E-mail: hgr@hgr.gov.br
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 -
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO
DO HGR

SESau
Secretaria de Saúde



GOVERNO
DE RORAIMA



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

Paciente: Juracy Soares Da Costa	Sexo: Feminino	Nasc: 15/08/1964	Idade: 55 ANO
Solicitação: 20102618	Número Interno: 1901121992	Solicitante: HEVELIN ALINE COSTA CRM-RR 1863	
Origem: HGR	Sector: PAAR	Leito: SALA DE COLETA	
Data de Emissão: 12/06/2019 09:12	Recebimento:		

Resultado de Exame

Amostra: - 2010261801

DOSAGEM DE CREATININA

Materiais: SORO

Métodologia: M11 - Cinético Pícrato Alcalino

CREATININA

Resultado

1.06 mg/dL

Referência

0.6 - 1.2 mg/dL

Notas: 1

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

DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Materiais: SORO

Métodologia: M17 - Cinético Uv (urease)

URÉIA

Resultado

44.83 mg/dL

Referência

15.0 - 40.0 mg/dL

Thaylor O. Taveiro Santos
Bióquímico
CRF-RR 593

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

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

18/06/2019 17:17

(*) Rotificado

Página 1 de 1



Hospital Geral de Roraima
06055 2121 0640
E-mail: hgrlab@yahoo.com.br
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3306 -
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO
DO HGR

SESAU



GOVERNO
DE RORAIMA



JURACY SOARES DA COSTA

6205

HOSPITAL CORONEL MOTA

11/06/2019

Ana Quezia

Tam real