







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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001012/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/03/2019 12:17 Data/Hora Fim: 01/03/2019 12:18  
Origem: Pessoa Física - Particular  
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 04/06/2018 11:40

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)  
Logradouro: Rua Nivaldo da Conceição Gutierrez

Bairro: Santa Luzia

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: WELSON MOREIRA SOARES (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PA - Altamira Sexo: Masculino Nasc: 03/09/1985  
Profissão: Pedreiro  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Iremi Santos de Jesus

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 873.850.822-22

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Rua Oriente  
Bairro: Cruviana  
Telefone: (95) 99162-0723 (Celular)

Nº: 61

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 873.850.822-20	Placa NAP5283
Renavam 00459306561	Número do Motor KC16E7C527650
Número do Chassi 9C2KC1670CR527650	Ano/Modelo Fabricação 2012/2012
Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI
Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 15/12/2014	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido	Envolvimentos
Welson Moreira Soares	Proprietário



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001012/2019-A01

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante informa que trafega pela Rua Nivaldo da Conceição Gutierrez, sentido bairro, conduzindo a motocicleta acima descrita, quando ao ultrapassar um carro, o mesmo convergiu repentinamente sem sinalizar, fazendo com que o comunicante colidisse na lateral. Que caiu e sofreu lesões corporais. Que foi socorrido pelo SAMU. Que **NAO DESEJA** representar criminalmente. Que registra **SOMENTE** para fins de seguro DPVAT. Era o relato.

ASSINATURAS

Daniel Baraúna Magalhães

Responsável pelo Atendimento

MAT. 042000925

Welson Moreira Soares

(Vítima / Comunicante)

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





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	873.850.822-20	Wilson Moreira Soares
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Wilson Moreira Soares	873.850.822-20	
Profissão:	Endereço:	Número:
Pedreiro	Rua Oriente	61
Bairro:	Cidade:	Estado:
Equatorial	Bea Vista	RR
E-mail:	CEP:	69.317-350
ILDIRRR@HOTMAIL.COM	Tel.(DDD):	(95) 99154-4282

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

**REND MENSAL:**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: Itaú
AGÊNCIA: <input type="text"/> <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> <input type="text"/>	AGÊNCIA: 6953 <input type="text"/> CONTA: 20741 <input type="text"/>
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: <input type="checkbox"/> Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Imprensa digital da imprensa brasileira	Local e Data: Bea Vista - RR 18/03/2019 Nome: Wilson Moreira Soares CPF: 873.850.822-20	<b>TESTEMUNHAS</b> 1ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____ 2ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO Wilson Moreira Soares Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		Assinatura do Representante Legal (se houver)
Assinatura do Procurador (se houver)		Assinatura

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



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE  
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

1800990838 04/08/2018 11:59:50

## FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-9

Paciente: WELSON MOREIRA SOARES  
Data Nascimento: 03/09/1985 Idade: 32 A 11 M 1 D CNS: 707603240792695 CPF: 87385082220  
Tipo Doc: Documento: 344081-5 Órgão Emissor: 31/08/2011 Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO(A) Parda Raça/Cor: ALTAMIRA - PA Naturalidade: BRASILEIRA  
Mãe: IRENI SANTOS DE JESUS  
Pai: WALTER MOREIRA SOARES Contato: (95) 99162-0723  
Endereço: RUA - ORIENTE - 761 - CUIVIANA - BOA VISTA - RR Ocupação:

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis: Prenatal:  
Motivo de Atendimento: ACIDENTE DE MOTO Caracter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão:  
Scler: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: TRANSPORTADO POR TER Procedimento Sol.: Registrado por: DAL

Citexa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Queda de Moto

## Anamnese de Enfermagem

GSC  
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Escuras m s D

## Exame Físico

Fratura exposta mão D?

## Hipótese Diagnóstica

## SABT - Exames Complementares

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

## PRESCRIÇÃO

1) Tetraciclina 400mg  
2) 2 p.m. 15 a  
3) AT + IM  
4) Ceftriaxona 2g a



## Conduta

( ) Alta por Decisão Médica  
( ) Alta a Pedido  
( ) Alta a Revolução  
(X) Transferência para:

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

## Óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico Kelly Duarte  
Médica  
CRM/R 1709

Impresso por: dal  
Data Hora: 04/03/2018 12:00:09



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito



*Welson Moreira Soares*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 344091-5 DATA DE EXPEDIÇÃO 25/04/2016

NOME  
**WELSON MOREIRA SOARES**

FILIAÇÃO  
**VALTER MOREIRA SOARES**  
**IRENI SANTOS DE JESUS**

NATURALIDADE  
**ALTAMIRA - PA**

DATA DE NASCIMENTO  
**03/09/1985**

DOC ORIGEM  
**CERTD NASC 8152 FLS 171 LIV A-08**  
**PACAJÁ-PA**

CPF  
**873.850.822-20**

**3 VIA**

**AMADEU ROCHA TRIANI**  
Perito Polígrafo da Polícia Civil  
Diretor do IIC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 7



**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

**VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA**

NF: 2419388

**ILOIR INACIO DE SOUZA**

R. ANTONIO P GALVAO, 1832 , 2

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

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

**OBSERVAÇÕES**

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

autenticação mecânica

recorte aqui



**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

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

836100000022.292000750003.000000001081.915302190052





**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Ilair Inácio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Wilson Moreira Soares inscrito (a) no CPF sob o Nº 873.850.822/ 20 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Wilson Moreira Soares inscrito (a) no CPF sob o Nº 873.850.822/ 20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

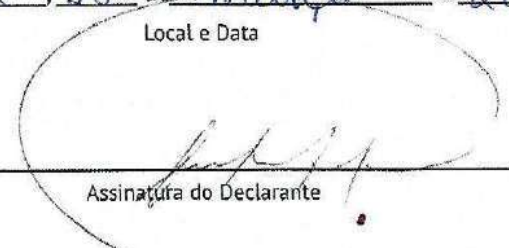
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Antônio Pinheiro Galvão</u>		Número <u>1832</u>	Complemento
Bairro <u>Buritis</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309-209</u>
Email <u>ilairrr@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(95)99154-4282</u>

Boa Vista-RR, 18 de março de 2019  
 Local e Data

  
 Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE  
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

1800990838 04/08/2018 11:59:50

## FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-9

Paciente: WELSON MOREIRA SOARES  
Data Nascimento: 03/09/1985 Idade: 32 A 11 M 1 D CNS: 707603240792695 CPF: 87385082220  
Tipo Doc: Documento: 344081-5 Órgão Emissor: 31/08/2011 Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO(A) Parda Raça/Cor: ALTAMIRA - PA Naturalidade: BRASILEIRA  
Mãe: IRENI SANTOS DE JESUS Pai: WALTER MOREIRA SOARES Contato: (95) 99162-0723  
Endereço: RUA - ORIENTE - 761 - C. UUVIANA - BOA VISTA - RR Ocupação:

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis: Prenatal:  
Motivo de Atendimento: ACIDENTE DE MOTO Caracter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão:  
Scler: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: TRANSPORTADO POR TER Procedimento Sol.: Registrado por: DAL

Citexa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Queda de Moto

## Anamnese de Enfermagem

GSC  
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Escuras mSD

## Exame Físico

Fratura exposta mão D?

## Hipótese Diagnóstica

## Exames Complementares

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

## PRESCRIÇÃO

1) Tetraciclina 400mg  
2) 2 p.m. 15 a  
3) AT + IM  
4) Ceftriaxona 2g a



## OBSERVAÇÃO

## Conduta

( ) Alta por Decisão Médica  
( ) Alta a Pedido  
( ) Alta a Revolução  
( ) Transferência para:

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

## Óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico Kelly Duarte  
Médica  
CRM/R 1709

Impresso por: dal  
Data Hora: 04/03/2018 12:00:09



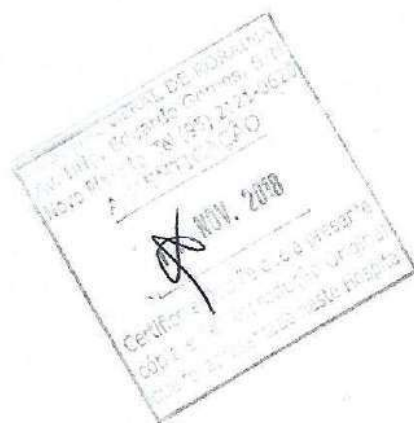
Pacientul nofui traucura ca teoio  
nu ptae ① ly, etc.

- Cami recaricaps, leuater (2)  
cortanta de grov (15 cm)  
pinto breal + 40 Q.9.1

RX- Pacient/pent. recaricaps (N.5)

CF: Suer dor nu talagura  
fractura

CF:







Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

BLOCO D

Alta 09/08/2015

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

H. G. R.

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

Ortopedia

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Welson Moreira Soares

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

91071603240792695

8 - DATA DE NASCIMENTO

03/09/85

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

16739

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Sumi Santos de Jesus

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Uruti 561, Cruzeira

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bea Vista

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

RR

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Puntum haem no mus (12)  
por queda de moto

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

fratura

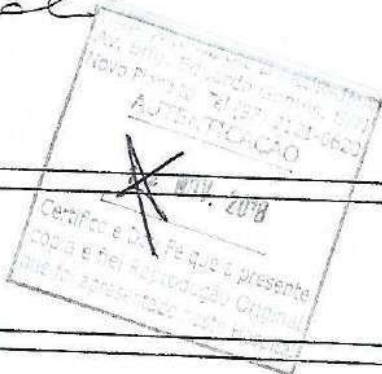
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame - Fratura humero

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Lesão tendão anterior 4º M.C. (12)

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



24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr. Rogério

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

09/08/15

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

09/08/15

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

0308010019

T012

5663

V295





SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		04/08/18	DIH		DN	03/08/18
PACIENTE		Welson Moreira Soares				
DIAGNÓSTICO		Lesão tendão flexor 4º MTC (D)				
ALERGIAS						
IDADE		HAS	NEGA	DM2	NEGA	
ITEM		LEITO	401-5	DATA	04/08/18	
PRESCRIÇÃO						
1	DIETA ORAL LIVRE					HORÁRIO
2	AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia					S/N
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H					S/N
4	TILATIL 20mg 12/12hs					S/N
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N					S/N
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA					S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					S/N
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS					S/N
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					S/N
10	SSVV + CCGG 6/6 H					S/N
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG					Notine
14	CURATIVO DIÁRIO					S/N
15						Realizar
16						
17						
18						
19						
20						
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA						
EVOLUÇÃO MÉDICA:						

Ao bloco para programação cirúrgica



Dr. Odinechi Okereke  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 105174

SINAIS VITAIS				
6 H	125/55	74	20	36°C
12 H				
18 H				
24 H	125/65	76	20	36°C

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

16:00 PA: 128 x 71 mmHg  
FC: 48 bpm  
FR: 22





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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	04/08/2018	DIH		DN	03/09/1985
PACIENTE	WELSON MOREIRA SOARES				
AGNÓSTICO	LESÃO TENDÃO EXTENSOR 4º MTC MAO DIREITO				
ALERGIAS					
IDADE	32	HAS		DM2	
		LEITO	401-5	DATA	05/08/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				SND
4	CEFTRIAXONA 1G EV 12/12HRS				
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				
15	CURATIVO DIÁRIO				
16	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (1º DIA 05/08/18)				
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, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

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

# SOLICITADO:

# CONDUTA:

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	Temp.
12 H	125x70	50	14	36,2°C
18 H				
24 H	130x70	57	20	37,1°C

Dr. Odinachi Okemiri  
Residente De Ortopedia e  
Traumatologia

Dr. Odinachi Okemiri  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 125124/R

05/08/2018  
06:15  
06:30  
06:45  
07:00  
07:15  
07:30  
07:45  
08:00  
08:15  
08:30  
08:45  
09:00  
09:15  
09:30  
09:45  
10:00  
10:15  
10:30  
10:45  
11:00  
11:15  
11:30  
11:45  
12:00  
12:15  
12:30  
12:45  
13:00  
13:15  
13:30  
13:45  
14:00  
14:15  
14:30  
14:45  
15:00  
15:15  
15:30  
15:45  
16:00  
16:15  
16:30  
16:45  
17:00  
17:15  
17:30  
17:45  
18:00  
18:15  
18:30  
18:45  
19:00  
19:15  
19:30  
19:45  
20:00  
20:15  
20:30  
20:45  
21:00  
21:15  
21:30  
21:45  
22:00  
22:15  
22:30  
22:45  
23:00  
23:15  
23:30  
23:45  
00:00  
00:15  
00:30  
00:45  
01:00  
01:15  
01:30  
01:45  
02:00  
02:15  
02:30  
02:45  
03:00  
03:15  
03:30  
03:45  
04:00  
04:15  
04:30  
04:45  
05:00  
05:15  
05:30  
05:45  
06:00  
06:15  
06:30  
06:45  
07:00  
07:15  
07:30  
07:45  
08:00  
08:15  
08:30  
08:45  
09:00  
09:15  
09:30  
09:45  
10:00  
10:15  
10:30  
10:45  
11:00  
11:15  
11:30  
11:45  
12:00  
12:15  
12:30  
12:45  
13:00  
13:15  
13:30  
13:45  
14:00  
14:15  
14:30  
14:45  
15:00  
15:15  
15:30  
15:45  
16:00  
16:15  
16:30  
16:45  
17:00  
17:15  
17:30  
17:45  
18:00  
18:15  
18:30  
18:45  
19:00  
19:15  
19:30  
19:45  
20:00  
20:15  
20:30  
20:45  
21:00  
21:15  
21:30  
21:45  
22:00  
22:15  
22:30  
22:45  
23:00  
23:15  
23:30  
23:45  
00:00  
00:15  
00:30  
00:45  
01:00  
01:15  
01:30  
01:45  
02:00  
02:15  
02:30  
02:45  
03:00  
03:15  
03:30  
03:45  
04:00  
04:15  
04:30  
04:45  
05:00  
05:15  
05:30  
05:45  
06:00  
06:15  
06:30  
06:45  
07:00  
07:15  
07:30  
07:45  
08:00  
08:15  
08:30  
08:45  
09:00  
09:15  
09:30  
09:45  
10:00  
10:15  
10:30  
10:45  
11:00  
11:15  
11:30  
11:45  
12:00  
12:15  
12:30  
12:45  
13:00  
13:15  
13:30  
13:45  
14:00  
14:15  
14:30  
14:45  
15:00  
15:15  
15:30  
15:45  
16:00  
16:15  
16:30  
16:45  
17:00  
17:15  
17:30  
17:45  
18:00  
18:15  
18:30  
18:45  
19:00  
19:15  
19:30  
19:45  
20:00  
20:15  
20:30  
20:45  
21:00  
21:15  
21:30  
21:45  
22:00  
22:15  
22:30  
22:45  
23:00  
23:15  
23:30  
23:45  
00:00  
00:15  
00:30  
00:45  
01:00  
01:15  
01:30  
01:45  
02:00  
02:15  
02:30  
02:45  
03:00  
03:15  
03:30  
03:45  
04:00  
04:15  
04:30  
04:45  
05:00  
05:15  
05:30  
05:45  
06:00  
06:15  
06:30  
06:45  
07:00  
07:15  
07:30  
07:45  
08:00  
08:15  
08:30  
08:45  
09:00  
09:15  
09:30  
09:45  
10:00  
10:15  
10:30  
10:45  
11:00  
11:15  
11:30  
11:45  
12:00  
12:15  
12:30  
12:45  
13:00  
13:15  
13:30  
13:45  
14:00  
14:15  
14:30  
14:45  
15:00  
15:15  
15:30  
15:45  
16:00  
16:15  
16:30  
16:45  
17:00  
17:15  
17:30  
17:45  
18:00  
18:15  
18:30  
18:45  
19:00  
19:15  
19:30  
19:45  
20:00  
20:15  
20:30  
20:45  
21:00  
21:15  
21:30  
21:45  
22:00  
22:15  
22:30  
22:45  
23:00  
23:15  
23:30  
23:45  
00:00  
00:15  
00:30  
00:45  
01:00  
01:15  
01:30  
01:45  
02:00  
02:15  
02:30  
02:45  
03:00  
03:15  
03:30  
03:45  
04:00  
04:15  
04:30  
04:45  
05:00  
05:15  
05:30  
05:45  
06:00  
06:15  
06:30  
06:45  
07:00  
07:15  
07:30  
07:45  
08:00  
08:15  
08:30  
08:45  
09:00  
09:15  
09:30  
09:45  
10:00  
10:15  
10:30  
10:45  
11:00  
11:15  
11:30  
11:45  
12:00  
12:15  
12:30  
12:45  
13:00  
13:15  
13:30  
13:45  
14:00  
14:15  
14:30  
14:45  
15:00  
15:15  
15:30  
15:45  
16:00  
16:15  
16:30  
16:45  
17:00  
17:15  
17:30  
17:45  
18:00  
18:15  
18:30  
18:45  
19:00  
19:15  
19:30  
19:45  
20:00  
20:15  
20:30  
20:45  
21:00  
21:15  
21:30  
21:45  
22:00  
22:15  
22:30  
22:45  
23:00  
23:15  
23:30  
23:45  
00:00  
00:15  
00:30  
00:45  
01:00  
01:15  
01:30  
01:45  
02:00  
02:15  
02:30  
02:45  
03:00  
03:15  
03:30  
03:45  
04:00  
04:15  
04:30  
04:45  
05:00  
05:15  
05:30  
05:45  
06:00  
06:15  
06:30  
06:45  
07:00  
07:15  
07:30  
07:45  
08:00  
08:15  
08:30  
08:45  
09:00  
09:15  
09:30  
09:45  
10:00  
10:15  
10:30  
10:45  
11:00  
11:15  
11:30  
11:45  
12:00  
12:15  
12:30  
12:45  
13:00  
13:15  
13:30  
13:45  
14:00  
14:15  
14:30  
14:45  
15:00  
15:15  
15:30  
15:45  
16:00  
16:15  
16:30  
16:45  
17:00  
17:15  
17:30  
17:45  
18:00  
18:15  
18:30  
18:45  
19:00  
19:15  
19:30  
19:45  
20:00  
20:15  
20:30  
20:45  
21:00  
21:15  
21:30  
21:45  
22:00  
22:15  
22:30  
22:45  
23:00  
23:15  
23:30  
23:45  
00:00  
00:15  
00:30  
00:45  
01:00  
01:15  
01:30  
01:45  
02:00  
02:15  
02:30  
02:45  
03:00  
03:15  
03:30  
03:45  
04:00  
04:15  
04:30  
04:45  
05:00  
05:15  
05:30  
05:45  
06:00  
06:15  
06:30  
06:45  
07:00  
07:15  
07:30  
07:45  
08:00  
08:15  
08:30  
08:45  
09:00  
09:15  
09:30  
09:45  
10:00  
10:15  
10:30  
10:45  
11:00  
11:15  
11:30  
11:45  
12:00  
12:15  
12:30  
12:45  
13:00  
13:15  
13:30  
13:45  
14:00  
14:15  
14:30  
14:45  
15:00  
15:15  
15:30  
15:45  
16:00  
16:15  
16:30  
16:45  
17:00  
17:15  
17:30  
17:45  
18:00  
18:15  
18:30  
18:45  
19:00  
19:15  
19:30  
19:45  
20:00  
20:15  
20:30  
20:45  
21:00  
21:15  
21:30  
21:45  
22:00  
22:15  
22:30  
22:45  
23:00  
23:15  
23:30  
23:45  
00:00  
00:15  
00:30  
00:45  
01:00  
01:15  
01:30  
01:45  
02:00  
02:15  
02:30  
02:45  
03:00  
03:15  
03:30  
03:45  
04:00  
04:15  
04:30  
04:45  
05:00  
05:15  
05:30  
05:45  
06:00  
06:15  
06:30  
06:45  
07:00  
07:15  
07:30  
07:45  
08:00  
08:15  
08:30  
08:45  
09:00  
09:15  
09:30  
09:45  
10:00  
10:15  
10:30  
10:45  
11:00  
11:15  
11:30  
11:45  
12:00  
12:15  
12:30  
12:45  
13:00  
13:15  
13:30  
13:45  
14:00  
14:15  
14:30  
14:45  
15:00  
15:15  
15:30  
15:45  
16:00  
16:15  
16:30  
16:45  
17:00  
17:15  
17:30  
17:45  
18:00  
18:15  
18:30  
18:45  
19:00  
19:15  
19:30  
19:45  
20:00  
20:15  
20:30  
20:45  
21:00  
21:15  
21:30  
21:45  
22:00  
22:15  
22:30  
22:45  
23:00  
23:15  
23:30  
23:45  
00:00  
00:15  
00:30  
00:45  
01:00  
01:15  
01:30  
01:45  
02:00  
02:15  
02:30  
02:45  
03:00  
03:15  
03:30  
03:45  
04:00  
04:15  
04:30  
04:45  
05:00  
05:15  
05:30  
05:45  
06:00  
06:15  
06:30  
06:45  
07:00  
07:15  
07:30  
07:45  
08:00  
08:15  
08:30  
08:45  
09:00  
09:15  
09:30  
09:45  
10:00  
10:15  
10:30  
10:45  
11:00  
11:15  
11:30  
11:45  
12:00  
12:15  
12:30  
12:45  
13:00  
13:15  
13:30  
13:45  
14:00  
14:15  
14:30  
14:45  
15:00  
15:15  
15:30  
15:45  
16:00  
16:15  
16:30  
16:45  
17:00  
17:15  
17:30  
17:45  
18:00  
18:15  
18:30  
18:45  
19:00  
19:15  
19:30  
19:45  
20:00  
20:15  
20:30  
20:45  
21:00  
21:15  
21:30  
21:45  
22:00  
22:15  
22:30  
22:45  
23:00  
23:15  
23:30  
23:45  
00:00  
00:15  
00:30  
00:45  
01:00  
01:15  
01:30  
01:45  
02:00  
02:15  
02:30  
02:45  
03:00  
03:15  
03:30  
03:45  
04:00  
04:15  
04:30  
04:45  
05:00  
05:15  
05:30  
05:45  
06:00  
06:15  
06:30  
06:45  
07:00  
07:15  
07:30  
07:45  
08:00  
08:15  
08:30  
08:45  
09:00  
09:15  
09:30  
09:45  
10:00  
10:15  
10:30  
10:45  
11:00  
11:15  
11:30  
11:45  
12:00  
12:15  
12:30  
12:45  
13:00  
13:15  
13:30  
13:45  
14:00  
14:15  
14:30  
14:45  
15:00  
15:15  
15:30  
15:45  
16:00  
16:15  
16:30  
16:45  
17:00  
17:15  
17:30  
17:45  
18:00  
18:15  
18:30  
18:45  
19:00  
19:15  
19:30  
19:45  
20:00  
20:15  
20:30  
20:45  
21:00  
21:15  
21:30  
21:45  
22:00  
22:15  
22:30  
22:45  
23:00  
23:15  
23:30  
23:45  
00:00  
00:15  
00:30  
00:45  
01:00  
01:15  
01:30  
01:45  
02:00  
02:15  
02:30  
02:45  
03:00  
03:15  
03:30  
03:45  
04:00  
04:15  
04:30  
04:45  
05:00  
05:15  
05:30  
05:45  
06:00  
06:15  
06:30  
06:45  
07:00  
07:15  
07:30  
07:45  
08:00  
08:15  
08:30  
08:45  
09:00  
09:15  
09:30  
09:45  
10:00  
10:15  
10:30  
10:45  
11:00  
11:15  
11:30  
11:45  
12:00  
12:15  
12:30  
12:45  
13:00  
13:15  
13:30  
13:45  
14:00  
14:15  
14:30  
14:45  
15:00  
15:15  
15:30  
15:45  
16:00  
16:15  
16:30  
16:45  
17:00  
17:15  
17:30  
17:45  
18:00  
18:15  
18:30  
18:45  
19:00  
19:15  
19:30  
19:45  
20:00  
20:15  
20:30  
20:45  
21:00  
21:15  
21:30  
21:45  
22:00  
22:15  
22:30  
22:45  
23:00  
23:15  
23:30  
23:45  
00:00  
00:15  
00:30  
00:45  
01:00  
01:15  
01:30  
01:45  
02:00  
02:15  
02:30  
02:45  
03:00  
03:15  
03:30  
03:45  
04:00  
04:15  
04:30  
04:45  
05:00  
05:15  
05:30  
05:45  
06:00  
06:15  
06:30  
06:45  
07:00  
07:15  
07:30  
07:45  
08:00  
08:15  
08:30  
08:45  
09:00  
09:15  
09:30  
09:45  
10:00  
10:15  
10:30  
10:45  
11:00  
11:15  
11:30  
11:45  
12:00  
12:15  
12:30  
12:45  
13:00  
13:15  
13:30  
13:45  
14:00  
14:15  
14:30  
14:45  
15:00  
15:15  
15:30  
15:45  
16:00  
16:15  
16:30  
16:45  
17:00  
17:15  
17:30  
17:45  
18:00  
18:15  
18:30  
18:45  
19:00  
19:15  
19:30  
19:45  
20:00  
20:15  
20:30  
20:45  
21:00  
21:15  
21:30  
21:45  
22:00  
22:15  
22:30  
22:45  
23:00  
23:15  
23:30  
23:45  
00:00  
00:15  
00:30  
00:45  
01:00  
01:15  
01:30  
01:45  
02:00  
02:15  
02:30  
02:45  
03:00  
03:15  
03:30  
03:45  
04:00  
04:15  
04:30  
04:45  
05:00  
05:15  
05:30  
05:45  
06:00  
06:15  
06:30  
06:45  
07:00  
07:15  
07:30  
07:45  
08:00  
08:15  
08:30  
08:45  
09:00  
09:15  
09:30  
09:45  
10:00  
10:15  
10:30  
10:45  
11:00  
11:15  
11:30  
11:45  
12:00  
12:15  
12:30  
12:45  
13:00  
13:15  
13:30  
13:45  
14:00  
14:15  
14:30  
14:45  
15:00  
15:15  
15:30  
15:45  
16:00  
16:15  
16:30  
16:45  
17:00  
17:15  
17:30  
17:45  
18:00  
18:15  
18:30  
18:45  
19:00  
19:15  
19:30  
19:45  
20:00  
20:15  
20:30  
20:45  
21:00  
21:15  
21:30  
21:45  
22:00  
22:15  
22:30  
22:45  
23:00  
23:15  
23:30  
23:45  
00:00  
00:15  
00:30  
00:45  
01:00  
01:15  
01:30  
01:45  
02:00  
02:15  
02:30  
02:45  
03:00  
03:15  
03:30  
03:45  
04:00  
04:15  
04:30  
04:45  
05:00  
05:15  
05:30  
05:45  
06:00  
06:15  
06:30  
06:45  
07:00  
07:15  
07:30  
07:45  
08:00  
08:15  
08:30  
08:45  
09:00  
09:15  
09:30  
09:45  
10:00  
10:15  
10:30  
10:45  
11:00  
11:15  
11:30  
11:45  
12:00  
12:15  
12:30  
12:45  
13:00  
13:15  
13:30  
13:45  
14:00  
14:15  
14:30  
14:45  
15:00  
15:15  
15:30  
15:45  
16:00  
16:15  
16:30  
16:45  
17:00  
17:15  
17:30  
17:45  
18:00  
18:15  
18:30  
18:45  
19:00  
19:15  
19:30  
19:45  
20:00  
20:15  
20:30  
20:45  
21:00  
21:15  
21:30  
21:45  
22:00  
22:15  
22:30  
22:45  
23:00  
23:15  
23:30  
23:45  
00:00  
00:15  
00:30  
00:45  
01:00  
01:15  
01:30  
01:45  
02:00  
02:15  
02:30  
02:45  
03:00  
03:15  
03:30  
03:45  
04:00  
04:15  
04:30  
04:45  
05:00  
05:15  
05:30  
05:45  
06:00  
06:15  
06:30  
06:45  
07:00  
07:15  
07:30  
07:45  
08:00  
08:15  
08:30  
08:45  
09:00  
09:15  
09:30  
09:45  
10:00  
10:15  
10:30  
10:45  
11:00  
11:15  
11:30  
11:45  
12:00  
12:15  
12:30  
12:45  
13:00  
13:15  
13:30  
13:45  
14:00  
14:15  
14:30  
14:45  
15:00  
15:15  
15:30  
15:45  
16:00  
16:15  
16:30  
16:45  
17:00  
17:15  
17:30  
17:45  
18:00  
18:15  
18:30  
18:45  
19:00  
19:15  
19:30  
19:45  
20:00  
20:15  
20:30  
20:45  
21:00  
21:15  
21:30  
21:45  
22:00  
22:15  
22:30  
22:45  
23:00  
23:15  
23:30  
23:45  
00:00  
00:15  
00:30  
00:45  
01:00  
01:15  
01:30  
01:45  
02:00  
02:15  
02:30  
02:45  
03:00  
03:15  
03:30  
03:45  
04:00  
04:15  
04:30  
04:45  
05:00  
05:15  
05:30  
05:45  
06:00  
06:15  
06:30  
06:45  
07:00  
07:15  
07:30  
07:45  
08:00  
08:15  
08:30  
08:45  
09:00  
09:15  
09:30  
09:45  
10:00  
10:15  
10:30  
10:45  
11:00  
11:15  
11:30  
11:45  
12:00  
12:15  
12:30  
12:45  
13:00  
13:15  
13:30  
13:45  
14:00  
14:15  
14:30  
14:45  
15:00  
15:15  
15:30  
15:45  
16:00  
16:15  
16:30  
16:4



401-5



GOVERNO DE RORAIMA  
Hospital Geral de Roraima

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



DATA DE ADMISSÃO		04/08/2018		DIH	DN	03/09/1985
PACIENTE WELSON MOREIRA SOARES						
AGNÓSTICO LESÃO TENDÃO EXTENSOR 4º MTC MAO DIREITO						
ALERGIAS						
IDADE	32	HAS		DM2		
LEITO	401-5	DATA	06/08/2018			
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					
2	AVP					
4	CEFTRIAXONA 1G EV 12/12HRS					
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N					
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N					
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA					
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O					
14	SSVV + CCGG 6/6 H					
15	CURATIVO DIÁRIO					
16	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (1º DIA 05/08/18)					
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, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES  
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.  
 # SOLICITADO:  
 # CONDUTA:  
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO  
 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Dr. Odinechi Okemiri  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRP: 1201744

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	130/80	80	18	35.9
18 H	115/80	50	18	36.0
24 H	130/60	60	-	-

Dr. Odinechi Okemiri  
Residente De Ortopedia e Traumatologia

06.4 130/60 58 1 - 2007.1.10.10

Colera no Roraima  
02/08/18





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



DATA DE ADMISSÃO	04/08/2018	DIH	DN	03/09/1985
PACIENTE	WELSON MOREIRA SOARES			
AGNÓSTICO	LESÃO TENDÃO EXTENSOR 4º MTC MAO DIREITO			
ALERGIAS				
IDADE	32	HAS	DM2	
LEITO	401-5	DATA	07/08/2018	
ITEM	PRESCRIÇÃO			
1	DIETA ORAL LIVRE	HORÁRIO		
2	AVP	500		
4	CEFTRIAXONA 1G EV 12/12HRS	12/12		
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	12/12		
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	12/12		
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	12/12		
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	12/12		
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	12/12		
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	12/12		
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O	12/12		
14	SSVV + CCGG 6/6 H	12/12		
15	CURATIVO DIÁRIO	12/12		
16	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (1º DIA 05/08/18)	12/12		
17		12/12		
18		12/12		
19		12/12		
20		12/12		
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

# SOLICITADO:

# CONDUTA:

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA; NAO

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	130x80	98	19
18 H	120x66	81	16
24 H	110x66	79	-

Dr. Odinachi Okemiri  
Residente De Ortopedia e  
Traumatologia

06 120x72 52



401-5

**NOME**

DATA

NOME		DATA	
1.	Dieta zero a partir de		
2.	AVP pérvio		
3.	SF 0.9% 500ml + GH 50% 40ml EV 6/6h		
5.	Dipirone 1g EV 6/6h SN		
6.	Plasil 10mg EV 8/8h SN		
7.	Ranitidina 50mg EV 8/8h		
8.	Sinais vitais de 6/6h		
10.	Cuidados gerais da enfermagem		
11.	Insulina regular e/ou GH 50% conforme esquema abaixo		
12.	Captopril 25mg VO se PAS >= 160mmhg e/ou PAD >= 110mmhg		
13.	dieta zero		
14.	dieta zero		
SINAIS VITAIS		DATA	
DE XT RO	INSULINA REGULAR	HORA	DEXT RO
HORÁRIO		12H	18H
PA	24:00	24H	06H
TAX	36°C	181 - 210	02 UI - SC
FC	78	211 - 240	04 UI - SC
DU		241 - 270	06 UI - SC
EVACUAÇÃO		271 - 300	08 UI - SC
CURATIVO		> 300	





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 DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° 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, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES CL - JUSTIFICATIVA INTERNAÇÃO

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRINCIPAL, 22 - CID 10 SECUNDÁRIO, 23 - CID 10 CUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO PRETE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNES DA EMPRESA

41 - CBO

36 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO, 49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Roberto L. de F. Lima  
Médico  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RN 1778

040806042  
5663



8/8/18 Ubaldo Morais  
HGR/CC Exames

Ref: Lmae tendões extensor  
do punho

Tratamento: Tumorografia multigênes  
4º Q.D. 1)

Acidant: Ø

Trat. Po: 0 mm

1º Prescrição: Dr. Roberto Dias

2º — — — — — Dr. Ubaldo

Intelecto: Dr. Eudes; B.P.B. + Ubaldo

Dalson Fentosa  
Médico  
CRM 1176

Dr. Roberto L. de P. Dias  
Médico  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM RR 128

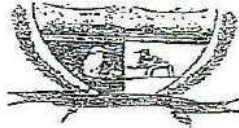


3º — — — — — Dr. Ubaldo  
4º — — — — — Dr. Ubaldo  
5º — — — — — Dr. Ubaldo  
6º — — — — — Dr. Ubaldo  
7º — — — — — Dr. Ubaldo  
8º — — — — — Dr. Ubaldo  
9º — — — — — Dr. Ubaldo  
10º — — — — — Dr. Ubaldo  
11º — — — — — Dr. Ubaldo  
12º — — — — — Dr. Ubaldo  
13º — — — — — Dr. Ubaldo  
14º — — — —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









GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

32ª

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Wilson Moreira Soares	401-5	S/N	8/18/11

TIPO Tumor da tórax esquerda MTC nos pulmões	CIRURGIA	TEMPO DE DURAÇÃO	
		INICIO	FIM
		20:40	21:00

EQUIPE MÉDICA	CIRURGIÃO	ANESTESISTA:	
	1ª AUXILIAR	RES. ANESTESIA:	
	2ª AUXILIAR	INSTRUMENTADOR	
		CIRCULANTE	
		Dr. Dalson	Dr. Endes
		Dr. Rogério	Orizão
			Crustione / Raimundo

TIPO DE ANESTESIA: BBP + Agu		TEMPO DE DURAÇÃO:	
QUANT.	MATERIAIS	QUANT	MEDICAMENTOS
	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.	7	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml
	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 4-0
	LUVA ESTERIL 8.5		FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
	4 LUVAS P/ PROCEDIMENTOS	1000 m/g	FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
	LÂMINA BISTURI Nº 15		FIO CATGUT SIMPLES Nº
	DRENO DE SUÇÃO Nº		FIO CATGUT CROMADO Nº 4/0
	DRENO DE TORAX Nº		FIO PROLENE Nº
	DRENO DE PENROSE Nº		FIO SEDA Nº 4/0
	SERINGA 01ML		SURGICEL
	SERINGA 03ML		CERA P/ OSO cateter de 0.2
	SERINGA 05 ML		KIT CATAPATA Nº
	SERINGA 10ML		GEOFOAM guilha 25 x 7
	SERINGA 20ML		1000ml SITA CARDIACA derivada de Alcool
			1000ml OUTROS: Alcool 70%

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	VALOR
	Aline E		
	Rogueline	SUB-TOTAL	
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA	
		TAXA DE ANESTESIA	
		SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE			



DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				TRANSOPERATÓRIO				SRPA			
Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia	Saída S.O.	Cirurgia Realizada	Anestesia	SRPA	Sinais Vitais			
08.00	08.30	08.30	09.00	09.00	08.30	08.30	08.30	15'	50	100%	90%
Nome: <u>JOÃO DA SILVA</u> Idade: <u>22</u> Sexo: <u>M</u> Estado: <u>GOIÁS</u> Cidade: <u>GOIÂNIA</u> Profissão: <u>ESTUDANTE</u> Grupo Sanguíneo: <u>B</u> Tipo: <u>+</u> Fator Rh: <u>+</u> Antecedentes: <u>NENHUM</u> Alergias: <u>NENHUMA</u> Doenças: <u>NENHUMA</u> Medicamentos: <u>NENHUM</u> Vacinas: <u>NENHUM</u> Exames: <u>NENHUM</u> Outros: <u>NENHUM</u>				Localização: 1. Sonda 2. Curativo 3. Dreno 4. Acesso Venoso 5. Outros:				Sinais Vitais: 1. h 2. h 3. h 4. h 5. h 6. h 7. h 8. h 9. h 10. h 11. h 12. h 13. h 14. h 15. h 16. h 17. h 18. h 19. h 20. h 21. h 22. h 23. h 24. h 25. h 26. h 27. h 28. h 29. h 30. h 31. h 32. h 33. h 34. h 35. h 36. h 37. h 38. h 39. h 40. h 41. h 42. h 43. h 44. h 45. h 46. h 47. h 48. h 49. h 50. h 51. h 52. h 53. h 54. h 55. h 56. h 57. h 58. h 59. h 60. h 61. h 62. h 63. h 64. h 65. h 66. h 67. h 68. h 69. h 70. h 71. h 72. h 73. h 74. h 75. h 76. h 77. h 78. h 79. h 80. h 81. h 82. h 83. h 84. h 85. h 86. h 87. h 88. h 89. h 90. h 91. h 92. h 93. h 94. h 95. h 96. h 97. h 98. h 99. h 100. h			



ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Welson Menezes Soares  
Responsável Cirurgião Dr. Proença

ENTRADA (Sala Pré-Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- ( ) Identidade  
( ) Sítio Cirúrgico  
( ) Procedimento  
Consentimento ( ) Sim ( ) Não

RISCO CIRÚRGICO

- ( ) Aplica ( ) Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

- ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

- ( ) VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA  
CONCLUIDA

- ( ) EXÍMENTO DE PULSO NO PACIENTE EM  
FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

- ( ) Não ( ) Sim, Qual: \_\_\_\_\_

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

- ( ) Não

- ( ) Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

- ( ) Não

- ( ) Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento  
para fluidos

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_  
Hora: \_\_\_\_\_

ANTES DA INCISÃO

Anestesista Dr. Furtado

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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  
( ) 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

- ( ) Sim,

Qual: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

- (x) Sim

- ( ) Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE  
OPERAÇÕES

SALIDA (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

- ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplicam

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

- ( ) Sim ( ) Não (x) Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO  
PARA SER RESOLVIDO

- ( ) Sim ( ) Não

- (x) O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A  
EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM  
PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A  
RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

- ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

Aline J. S. Oliveira  
Enfermeira  
COREN-RR 526.537 ENF

Assinatura e Carimbo





GOVERNO DE  
RORAIMA  
Hospital Geral de  
Roraima

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



DATA DE ADMISSÃO	04/08/2018	DIH		DN	03/09/1985
PACIENTE	WELSON MOREIRA SOARES				
AGNÓSTICO	LESÃO TENDÃO EXTENSOR 4º MTC MAO DIREITO				
ALERGIAS					
IDADE	32	HAS		DM2	
LEITO	401-5	DATA	08/08/2018		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
4	CEFTRIAXONA 1G EV 12/12HRS				
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				
15	CURATIVO DIÁRIO				
16	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (1º DIA 05/08/18)				
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, COMUNICATIVO,  
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES  
# EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO.  
# SOLICITADO :  
# CONDUTA :  
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA : NAO  
# PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	110/63	56	18
18 H	127/65	44	
24 H			S/TERM

Dr. Odinachi Okemiri  
Residente De Ortopedia e  
Traumatologia

11/08/2018. Ortopedia. Lucio Oliveira  
Suzana Maria M. do Nascimento  
Téc. em Enfermagem  
COREN-RR 081.713 - TE





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



DATA DE ADMISSÃO	04/08/2018	DIH	DN	03/09/1985
PACIENTE	WELSON MOREIRA SOARES			
AGNÓSTICO	LESÃO TENDÃO EXTENSOR 4º MTC MAO DIREITO			
ALERGIAS				
IDADE	32	HAS	DM2	
LEITO	401-5	DATA	09/08/2018	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			
2	AVP			
4	CEFTRIAXONA 1G EV 12/12HRS			
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N			
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N			
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O			
14	SSVV + CCGG 6/6 H			
15	CURATIVO DIÁRIO			
16	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (1º DIA 05/08/18)			
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, COMUNICATIVO,  
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

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

# SOLICITADO:

# CONDUTA:

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	120 x 70	-	-	36,5
18 H				
24 H				

Dr Odinachi Okemiri  
Residente De Ortopedia e  
Traumatologia



401-5



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Welson Moreira Soares, 32 ANOS,  
DATA DE ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 04/08/18, COM  
DIAGNÓSTICO DE Lesão tendão Extensor 4º MTC mo (12)

NO DIA 08/08/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
tendão do 4º dedo (12) SENDO

OPERADO PELO DR. Welson E DR. Regino

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 07/08/18 ÀS 12,00hs, EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
GONCALVES MOTA NO DIA 20/08/18 ÀS 14,00hs, COM O  
DR. Welson

ORIENTAÇÕES GERAIS:

- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 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. Aracida

09/08/18

SECRETARIA DE SAÚDE  
RORAIMA  
2018



D



83,1 %

, WELSON MOREIRA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

4/8/2018 12:22:48



83,3 %

4/8/2018 12:22:48



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito



*Welson Moreira Soares*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 344091-5 DATA DE EXPEDIÇÃO 25/04/2016

NOME  
**WELSON MOREIRA SOARES**

FILIAÇÃO  
**VALTER MOREIRA SOARES**  
**IRENI SANTOS DE JESUS**

NATURALIDADE  
**ALTAMIRA - PA**

DATA DE NASCIMENTO  
**03/09/1985**

DOC ORIGEM  
**CERTD NASC 8152 FLS 171 LIV A-08**  
**PACAJÁ-PA**

CPF  
**873.850.822-20**

**3 VIA**

**AMADEU ROCHA TRIANI**  
Perito Papiloscópico da Polícia Civil  
Diretor do IIC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 7



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME  
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / C.R.G. CLASSIFICACAO  
114807 SSP RR

CPF  
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO  
07/04/1978

FILIAÇÃO  
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

CONJUGADO  
ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSAO  
ACC  
CAT. JAB.  
AB

Nº REGISTRO  
01101912304

VALIDADE  
28/01/2020

1ª HABILITACAO  
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSAO  
30/01/2015

JUSCELINO KUBITSCHEK PEREIRA  
DIRETOR PRESIDENTE

ASSINATURA DO EMISOR

92485240616  
RR207968020

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
980151096

PROIBIDO PLASTIFICAR  
980151096



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - RR Nº 9997023124  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	DOB. RESERVA	DATA	EXERCÍCIO
01	00459304581	12/12	2014

WELSON MOREIRA SOARES

BOA VISTA-RR

873.950-822-20	RAÇA
	NAI 8283

PLACA ANTIGA

222R016700R527650

ESPÉCIE DE

PAS/MULTIPLA/NAT AP. IC

ALICZBAGU

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - RR Nº 9997023124  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

MARKA/MODELO	ANO FAB	ANO MEC
HONDA/CG 150 PAN EST	2012	2012

CAP/ESTADO	CATEGORIA	COR/PIE/QUINA DE
SP/0149007	PARTICU	VERMELHA

DOTA UNICA	VERA DOTA UNICA	VENO/COTAS
1 XPA60*	XPA60*	1*****
2 XPA60*	XPA60*	2*****
3 XPA60*	XPA60*	3*****

PREMIO TANTUM IN

PREMIO TANTUM IN

DATA DE PAGAMENTO

02/12/2014

SEM RESERVA DE DOMINIO \* PROIB. FAIR DA A

MAZ UCID \*

*Edilson Barrios Barrios*  
Diretor Presidente  
DETRAN-RR  
DCA

BOA VISTA-RR

16/12/2014



# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE

NOME:	Wilson Moreira Soares
NACIONALIDADE:	brasileira
PROFISSÃO:	
IDENTIDADE:	344091-5 SSP/PA
ENDEREÇO:	Rua: Norte, 3840, Equatorial

## OUTORGADO

NOME:	Jloir Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP/RR
ENDEREÇO:	Rua: Antônio Pinheiro Galvão, 1832, Curitiba

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante o HGR(HOSPITAL GERAL DE RORAIMA), SAMU, POLICIA MILITAR, DAT E HOSPITAL CORONEL MOTA para solicitar e receber ROP, FICHA DE ATENDIMENTO DO SAMU, BOLETIM DE OCORRENCIA E PRONTUARIO MEDICO.

NOTA: Certifico que o presente documento apresentado neste Cartório na data indicada no carimbo eletrônico de reconhecimento. Dou fé.

LOCAL E DATA

Wilson Moreira Soares

ASSINATURA DO OUTORGANTE



<b>CARTÓRIO LOUREIRO</b>		DR. JOZIEL LOUREIRO
AV. VISTA ROY, N.º 36 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (95) 3624-6097 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR		TABELIAO E REGISTRADOR
REC. VERDADEIRA (s) assinatura(s) <u>SI preencher</u>		
[Escrição: Wilson Moreira Soares]		
JCS. Em testemunho da verdade. Boa Vista, 13/08/2018		
Emol: 2,40, FUNDEJURR: 0,24, FISC: 0,12, FEECON: 0,12, ISS: 0,12		
Selo: REC FIR 158345MADCK01SZBC8ZZ76		
Consulte seu selo: <a href="https://cidadao.portalselorr.com.br">https://cidadao.portalselorr.com.br</a>		



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0092905/19

**Vítima:** WELSON MOREIRA SOARES

**CPF:** 873.850.822-20

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 04/06/2018

**Titular do CPF:** WELSON MOREIRA SOARES

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

### WELSON MOREIRA SOARES : 873.850.822-20

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/03/2019  
Nome: WELSON MOREIRA SOARES  
CPF: 873.850.822-20

WELSON MOREIRA SOARES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/03/2019  
Nome: LUCIANO OLIVEIRA MOREIRA  
CPF: 878.291.693-49

LUCIANO OLIVEIRA MOREIRA