

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: Wilson Moreira Soares	Endereço: Rua Oriente	CPF: 873.850.822-20	Número: 61
Profissão: Pedreiro	Cidade: Boa Vista	Complemento: RR	CEP: 69.317-350
Bairro: Equatorial		Estado: RR	Tel.(DDD): (95) 99154-4282
E-mail: ILORIRRA@HOTMAIL.COM			

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA 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

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Itaú

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 6953 CONTA: 20741 9
(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: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 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.

Impressão digital da vítima ou parente (se houver)
Local e Data: Boa Vista - RR 18/03/2019
Nome: Wilson Moreira Soares
CPF: 873.850.822-20

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

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
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) Bairro: Santa Luzia
Logradouro: Rua Nivaldo da Conceição Gutierrez

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 Nº: 61
Bairro: Cruviana
Telefone: (95) 99162-0723 (Celular)

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	Envolvidos
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 sianlizar, 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
NAT. 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-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

DA.

01 MAR 2019

AGENTE DE POLIC.
CONCEIÇÃO

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: Wilson Moreira Soares	Endereço: Rua Oriente	CPF: 873.850.822-20	
Profissão: Pedreiro	Cidade: Boa Vista	Número: 61	Complemento:
Bairro: Equatorial	Estado: RR	CEP: 69.317-350	
E-mail: ILORIRRA@HOTMAIL.COM		Tel.(DDD): (95) 99154-4282	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA 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

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Itaú

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 6953 CONTA: 20741 9
(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: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 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.

Impressão digital da vítima ou parente (se houver)
Local e Data: Boa Vista - RR 18/03/2019
Nome: Wilson Moreira Soares
CPF: 873.850.822-20

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

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 04/03/2018 11:59:50

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19

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

Cláss. do Risco	Piano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis. Prenatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Pressão
ACIDENTE DE MOTOCICLETA	URGÊNCIA				
Selos	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		
GRANDE TRAUMA	TRANSPORTADO POR TER				Registrado por:
Cueixa Principal				DAL	

Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Os curações m s D

Exame Físico

Fratura exposta m s D?

Hipótese Diagnóstica

SAET, Exames Complementares

() RAIOS-X

PRESCRIÇÃO

() ULTRA-SON

() TC

() SANGUE

() URINA

() ECG

() OUTROS



① Túbera 40g a
② 2 pms 15g a
③ 1 t 15g
④ Cipolino 20g a

Conduta

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

ONTO PEDI

- 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 17409
 1800990838

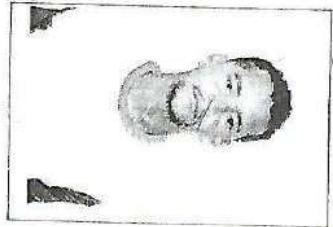
Impresso por: da
 Data/Hora: 04/03/2018 12:00:00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Pôrregar Direito



Nelson 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
NELSON MOREIRA SOARES

FILIAÇÃO

VALTER MOREIRA SOARES

IRENI SANTOS DE JESUS

NATURALIDADE

ALTAMIRA - PA

DOC ORIGEM

CERTD NASC 8152 FLS 171 LIV A-08

PACAJÁ-PA

CPF

873.850.822-20

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Forense e Oficial da Polícia Civil
Diretor do IOC

3 VIA

DATA DE NASCIMENTO

03/09/1985

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 1089153	MÊS 02/2019	PERÍODO DE CONSUMO 25-JAN-19 a 22-FEB-19
CONSUMO (kWh) 237	VENCIMENTO 11-MAR-19	TOTAL A PAGAR 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 1089153	MÊS 02/2019	TOTAL A PAGAR 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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Ilair Inácio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512-104, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Welson Moreira Soares inscrito (a) no CPF sob o Nº 873.850.822-20, do sinistro de DPVAT cobertura 1mobiliz da Vítima Welson 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

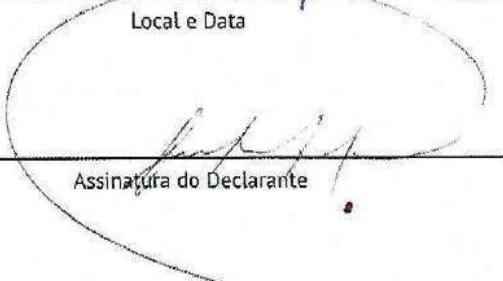
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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 04/03/2018 11:59:50

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19

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

Cláss. do Risco	Promo Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis. Prenatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Pressão
ACIDENTE DE MOTOCICLETA	URGÊNCIA				
Selos	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		
GRANDE TRAUMA	TRANSPORTADO POR TER				Registrado por:
Cueixa Principal				DAL	

Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - HORA DA CONSULTA - : h)

Os curvagens m s D

Exame Físico

Fratura exposta m s D?

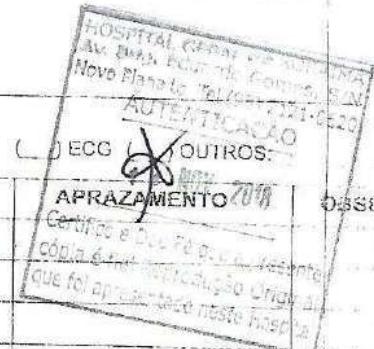
Hipótese Diagnóstica

SAET, Exames Complementares

() RAIOS X

PRESCRIÇÃO

() ULTRA-SON () TC () SANGUE () URINA



① Tuleti 40g a
② 2 prx 15g a
3 1/2 t 1/2
④ Cipolli m 2g a

Conduta

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

- Ambulatório
- Observação (Até 24h)
- Internação

Data e Hora da Saída/Alta: / /

Óbito

Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não

Destino: () Família

() IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico
Kelly Duarte
Médica
CRM/R 1708
1800990838

Pacif. Nofus traeuda ealepis
noi paca (1) ly, etc.

- Can. escarrapis, leccer (2)
costante di gr. (5 cm)
perlo brevissimo & g. 15

RX. Pacif. pac. Reciproch (1)

ct. Sua dor em halquira
indiana

Cf.





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

BLOCO

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

data 09/08 10/5

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

H. G. R

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

Ortopedia

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Helson Moreira Soares

16739

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

210171603121410719126915

8 - DATA DE NASCIMENTO

03/09/1857

6 - N° DO PRONTUÁRIO

162139

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Dani Santos da Silva

9 - SEXO

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º BAIRRO)

Rua Vinte 561, Encucana

11 - TELEFONE DE CONTATO

N.º DO TELEFONE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bela Vista

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

RR

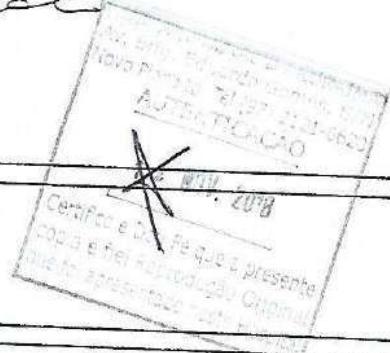
15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Pronto horário houve no meu
apoio fratura clavícula



18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Inflamação

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

Exames normais

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Lesão tendino-sinovial 4º M.C. (r)

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr. Rogerio

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

01/08/18

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N.º DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

36 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

0308010019

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

1012

5663

V295

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



GOVERNO DE RORAIMA
 Hospital Geral de Roraima

PREScrição MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		04/08/18	DIH	DN	03/08	(85)
PACIENTE	Welson Moreira Soares					
DIAGNÓSTICO	Lesão Perdida articular 4º mdc (07)					
ALERGIAS						
IDADE	HAS	NEGA	DM2	NÉGA		
ÍTEM	LEITO	401-5	DATA	04/08/18		
PRESCRIÇÃO						HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					S/N
2	AVP: SF0.9% 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					Notina
14	CURATIVO DIARIO					S/N
15						Notina
16						
17						
18						
19						
20						
<u>SE DIABÉTICO</u> 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:

Ào bloco para programação cirúrgica

Dr. Odilon da Cunha
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 185/114



SINAIS VITAIS					
6 H	125/85	77	20	36C	
12 H					
18 H					
24 H	125/85	76	20	36C	

MÉDICO RESIDENTE EM
 ORTOPEDIA E
 TRAUMATOLOGIA.

16:00 PA: 128x71 mmHg
 FC: 48 bpm
 FR: 22



GOVERNO DE
RORAIMA
Hospital Geral de
Roraima

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



M 401-5
DATA DE ADMISSÃO 04/08/2018 DIH DN 03/09/1985
PACIENTE WELSON MOREIRA SOARES

AGNÓSTICO LESAO TENDAO EXTENSOR 4º MTC MAO DIREITO

ALERGIAS

IDADE 32 HAS DM2

ÍTEM

PREScrição

				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SNB
2	AVP			
4	CEFTRIAXONA 1G EV 12/12HRS			18:00
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N			06:00
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N			
10	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 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			06:00
15	CURATIVO DIÁRIO			repetitivo
16	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (1º DIA 05/08/18)			repetitivo
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	115x70	50	14	36,2°C
18 H				
24 H	130x70	57	20	PTT

Dr. Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 185142



GOVERNO DE
RORAIMA
Hospital Geral de
Roraima

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



401-5

DATA DE ADMISSÃO 04/08/2018 DIH DN 03/09/1985
PACIENTE WELSON MOREIRA SOARES

AGNÓSTICO LESAO TENDAO EXTENSOR 4º MTC MAO DIREITO

ALERGIAS

IDADE	HAS	DM2
32	LEITO	401-5
		DATA
		06/08/2018

ÍTEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1	DIETA ORAL LIVRE	10:00
---	------------------	-------

2	AVP	12:00
---	-----	-------

4	CEFTRIAXONA 1G EV 12/12HRS	NTT
---	----------------------------	-----

7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	14:00
---	---------------------------------	-------

8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
---	-------------------------	--

9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	
---	----------------------------	--

10	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	16:00
----	--	-------

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. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CNPJ: 18.011.118/0001-00

Dr Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	130/80	80	18	35.9
18 H	115/80	50	18	36°C
24 H	130/80	60	-	-

06-4 130/80 58 1 - 36°C t tensão

Colaborador: Dr. Odinachi Okemiri
Data: 02/08/18



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 LESAO TENDAO EXTENSOR 4º MTC MAO DIREITO

ALERGIAS

IDADE	32	HAS	LEITO	DM2	
ÍTEM		PREScrição			DATA
					07/08/2018

1	DIETA ORAL LIVRE	HORÁRIO
2	AVP	SUD
4	CEFTRIAXONA 1G EV 12/12HRS	HAUTY
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	XCO
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	
10	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN
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	SSVV
15	CURATIVO DIÁRIO	M
16	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (1º DIA 05/08/18)	XCO.
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				Dr. Odinachi Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia
6 H	PA	FC	FR	
12 H	130x80	98	19	36-15
18 H	120x66	51	16	35,80
24 H	110x66	49	-	34,80

06 170x72 51

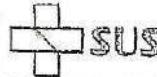
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA

HOL-5

PRÉ OPERATÓRIO DE:

NAME _____

NOME	DATA					
NOME	1.	2.	3.	4.	5.	6.
1. Dieta zero a partir de (N/A)						
2. AVP pérvio						
3. SF 0.9% 500ml + GH 50% 40ml EV 6/6h						
4.						
5. Dipirona 1g EV 6/6h SN						
6. Plastil 10mg EV 8/8h SN						
7. Ranitidina 50mg EV 8/8h SN						
8. Sinais vitais de 6/6h						
9. Cuidados gerais da enfermagem						
10. Insulina regular e/ou GH 50% conforme esquema abaixo						
11. Insulina regular e/ou GH 50% conforme esquema abaixo						
12. Captopril 25mg VO se PAS >= 160mmhg e/ou PAD >= 110mmhg						
13. <i>Hipotensão</i>						
14. <i>Diuretico 1g tD b6h</i>						
SINAIS VITais	DE XT RO	INSULINA REGULAR	HORA	DEXT RO	INSULINA	COREN-RO
HORÁRIO						
PA	<i>26/33</i>	\	<i>24,30</i>	12H	18H	< 70
TAX	<i>37,5</i>		<i>36,5</i>	< 180	GH 50% 40ML - EV	
FC	<i>78</i>		<i>36</i>	181 - 210	0 UI - SC	
DU			<i>36</i>	211 - 240	02 UI - SC	
EVACUAÇÃO				241 - 270	04 UI - SC	
CURATIVO				271 - 300	06 UI - SC	
				> 300	08 UI - SC	



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

Nelson Moura Gomes

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
N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

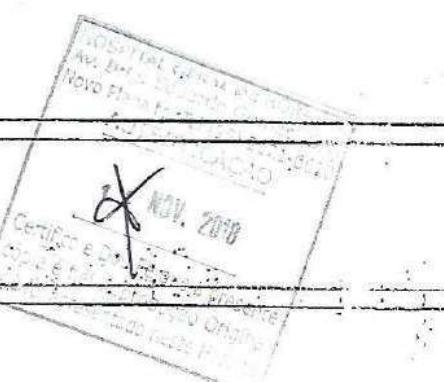
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Artrite aguda multiplex
último mês (D)

18 - CONDIÇÕES CL - JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Clínico + USG



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

Clínico + USG

20 DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Artrite aguda multiplex

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CÓDIGOS ASSOCIADOS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Artrite aguda multiplex

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - DOCUMENTO

() CNS

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

() CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

CHAMADA
Médico

DATA: 11/11/10

Dra. Rosângela Ferreira

Médico

8/8/18

Ticiano Moreira

HCR/CC

Socorrista

Resg: Luta tática extrema
00 min

4º Q.D. D

Passante: Traumatofia multigênero

Paciente: ♂

Idade P.O: 0 mês

Daison Fentosa
Médico
CRM 1176

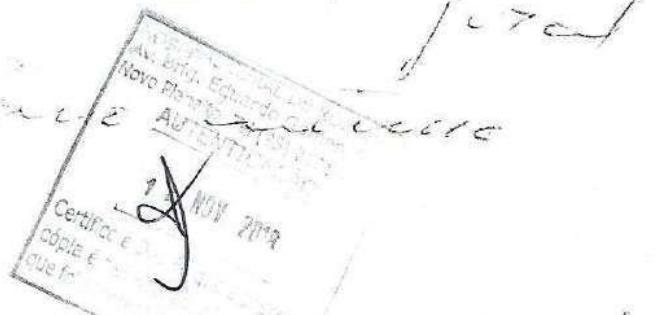
1º Perceção: M. Ropéos Rec.

2º — — — 1º Dolor

Interventor: Dr. Eudis; B.P.B e Karola

Dr. Ropéos L. de P. Dias
Médico
Acupedia e Traumatologia
CRM RR 121

3º Exame: B.D. no local
e suspeita de fratura.



3º Exame: no "Z" higienizado abrindo
no ponto ①, recalcada opção de
fratura em todos "Ropéos" e "Pacum"
no 4º Q.D. D, traumofia, Urban
0.0 cm, extensa área hígida e
não hemicrânio com contusão contida
em 10x10 cm, P.D. 1



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
— "Amazônia Patrimônio dos Brileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Welton Martin Seven

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

17

2/8/2018

AGENTES	DOSSES	TÉCNICA
A Tetracaine de 2% Tensogase 2%		Uso de nitrato nitrogênio (6)
C		
D		
E	7	CT USG
F		
G		
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cámla - Naso / Gba Faringea Naso / Orotáqueal - Cega
NDCC		Bal - Tamp - Céfalo do Tubo
SANGUE		Sob Máscara
		Dificuldade Técnica
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA
OPERAÇÃO		1 hr

ANOTACÕES

le lolobin

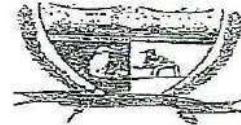
teroropis múltiples Durito ①

Lafango - Espuma - Expresso Seco
Buckwheat - Ragi - Jowar - Jowar.
Buckwheat - Vomit.

Hemorragia - Artilmia
Bradítequicardia - Choque

ANESTESIA CÓDIGO CIRURGÃO

PERDA SAMGUINEA



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE

32^a
Wilson Moura Soares

APT OU LEITO

401 - S

Nº DO PRONTUÁRIO

S/N

DATA

8 18 11

CIRURGIA

Tenorofia tendos extensor 40°
MTC nos Direta

TIPO

TEMPO DE DURAÇÃO

INICIO

FIM

TEMPO TOTAL

20:40

21:00

CIRURGIA

Dr Dalton

EQUIPE MÉDICA

Dr Endes

1º AUXILIAR

Dr Rogério

ANESTESISTA:

RES. ANESTESIA:

INSTRUMENTADOR

2º AUXILIAR

CIRCULANTE

Onésio

Custione | Raimundee

TIPO DE ANESTESIA: BBP + Agu

TEMPO DE DURAÇÃO:

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL N°	
1	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON N° 4-0	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
2	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS	100,00	m/g	FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	500ml
1	LÂMINA BISTURI N° 15			FIO CATGUT SIMPLES N°	
1	DRENO DE SUCÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
1	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°	
1	DRENO DE PENROSE N°		1	FIO SEDA N°	
1	SERINGA 01ML			SURGICEL	
1	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
1	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA N°	
1	SERINGA 10ML			GEOFOMA	
1	SERINGA 20ML			LENITA CARDIACA	
				OUTROS: Álcool 70%	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS

DEBITAR NA C.C DO PACIENTE

VALOR

INSTRUMENTADOR (A)

ENFERMEIRA CHEEE

Aline

Jogueline

MATERIAL MEDICAMENTOS

SUB- TOTAL

TAXA DE SALA

TAXA DE ANESTESIA

SOMA

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE

FUNCIONÁRIO/CALCULOS

CIRCULANTE DE SALA

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Welson Oliveira Soares
Responsável Cirurgião Dr. Rogerio

ENTRADA (Site 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

CONCLUÍDA

(Círculo de Falso) RISCO FALSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

(Energia Conhecida
(Não

(Sim, Qual:

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

(Não,
(Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ml

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

ANTES DA INCISÃO

Anestesista José Luiz

SAÍDA (Saída Pós Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- (Identificação do paciente
(Sítio cirúrgico
(Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

(Revisão do Cirurgião:
Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

(Revisão da Equipe de Anestesia:
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Assinatura _____ Hora: _____

SAÍDA (Saída Pós Operatória)

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

- (Sim) (Não)

1- ONOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

- (Sim) (Não) (Não se Aplica)

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

- (Sim) (Não) (Não se Aplica)

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

- (Sim) (Não) (Não se Aplica)

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

- (Sim) (Não)

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

- (Sim) (Não) (Não se Aplica)

*Alme J. S. Oliveira
Enfermeira
COREN RR 526.537 ENF*

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS

Assinatura e Carimbo _____

Data 1/1/2012 Assinatura _____
Hora: _____



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 LESAO TENDAO EXTENSOR 4º MTC MAO DIREITO

ALERGIAS

HAS

DM2

IDADE 32

LEITO

401-5

DATA

08/08/2018

ÍTEM

PREScrição

HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

2 AVP

4 CEFTRIAXONA 1G EV 12/12HRS

7 TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N

9 PLASIL10MG EV 8/8H S/N

10 DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N

11 TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

12 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

13 SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

14 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O

15 SSVV + CCGG 6/6 H

16 CURATIVO DIÁRIO

17 GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (1º DIA 05/08/18)

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
112 H	110/60	63	18
18 H	127/65	46	
24 H			S/TERM

Dr Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

ADM PDI operadora. Levar à cirurgia

Exames SSVV Dr. Residante de

Suzana Maria M. do Nascimento
Téc. em Enfermagem
COREM-RR-08.713 - TE

18 m-



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 LESAO TENDAO EXTENSOR 4º MTC MAO DIREITO

ALERGIAS

IDADE	HAS	DM2	
32	LEITO	401-5	DATA
			09/08/2018

ÍTEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE SUD

2 AVP Mantir

4 CEFTRIAXONA 1G EV 12/12HRS 18:00

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 + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

11 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG 5:00

12 SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

13 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O 6:00

14 SSVV + CCGG 6/6 H SSV

15 CURATIVO DIÁRIO 11:00

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	130 X 20	—	—	+ semen sem semente
18 H				
24 H				

Dr Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

401-5

HGRR



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

CIENTE Welson Macena Soares, 32 ANOS,
U ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 01/08/18, COM
AGNÓSTICO DE Lesão tendino muscular 4º MTC m= (17)

DIA 01/08/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Tenotomia Miltipla Plantar (D) SENDO
REALIZADO PELO DR. Wilson E DR. Rogério

CEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 01/08/18, AS 12,00hs, EM
ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
IRONEL MOTA NO DIA 20/09/18, AS 14,00hs, COM O
DR. Wilson

INSTRUÇÕES 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 FERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

CIENTE REÚNE ALTA HOSPITALAR SOU ORIENTAÇÃO DO DR Anacleto

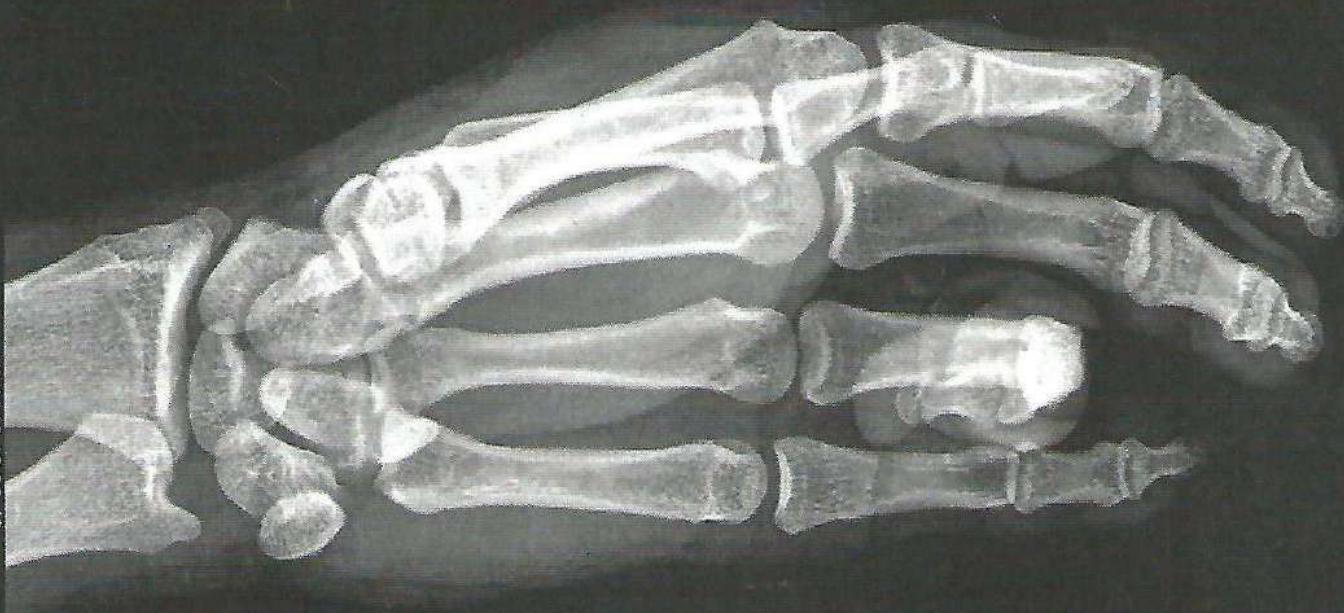
Carlos HS

D



83.1 %

4/8/2018 12:22:48



83.3 %

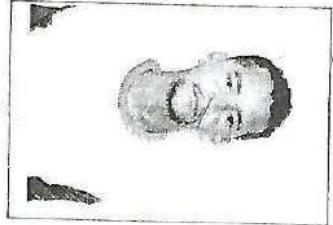
4/8/2018 12:22:48

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Pôrregar Direito



Nelson 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
NELSON MOREIRA SOARES

FILIAÇÃO

VALTER MOREIRA SOARES

IRENI SANTOS DE JESUS

NATURALIDADE

ALTAMIRA - PA

DOC ORIGEM

CERTD NASC 8152 FLS 171 LIV A-08

PACAJÁ-PA

CPF

873.850.822-20

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Forense e Oficial da Polícia Civil
Diretor do IOC

3 VIA

DATA DE NASCIMENTO

03/09/1985

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 7

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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

980151096

NAME: ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE/ORG. EMISSOR/AF: 114807 SSP RR

CPF: 383.051.512-04 DATA NASCIMENTO: 07/04/1978

FUNÇÃO: JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO: ACC CAT/HAB: AB

Nº REGISTRO: 01101912304 VALIDEZ: 29/01/2020 1ª HABILITAÇÃO: 15/12/1999

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO PORTADOR:

LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA DATA DE EMISSÃO: 30/01/2015

JUSCELINO KUBITSCHER PEREIRA
DIRETOR PRESIDENTE
ASSINATURA DO EMISSOR:

DETTRAN-RR (RORAIMA)

PROIBIDO PLASTIFICAR



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

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

OUTORGADO

NOME:	Iair Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSE / RR
ENDEREÇO:	Rua: Antônio Pinheiro Galvão, 1832 , bairros

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



Welson Moreira Soares

ASSINATURA DO OUTORGANTE



CARTÓRIO LOUREIRO

DR. JOZIEL LOUREIRO
TABELIÃO E REGISTRADOURA
ATENDIMENTO: CARTORIOLOUREIRO.COM.BR

REC. VERDADEIRA (s) assinatura(s) SI preench.

Welson Moreira Soares

JOS Em testemunho da verdade Boa Vista - 13/08/2018

Entol:2,40, FUNDEJURR:0,24, FISC:0,12, FECON:0,12, ISS:0,12

Selo: RECFIR158345MADCK1SZBC8ZZ6

Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

WELSON MOREIRA SOARES

LUCIANO OLIVEIRA MOREIRA