

PROCURAÇÃO

Outorgante: Sr. **ANDRESSON ALVES OLIVEIRA**, Brasileiro, Solteiro, Desempregado, portador da carteira de identidade nº 531419-4 SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 037.968.582-52, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Rio Cotingo, nº 246, Bairro: 13 de Setembro, CEP: 69.308-140 Tel. (95) 98404-6121 / 98407-6768

Outorgados: Bel. **EDSON SILVA SANTIAGO**, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR sob o nº 619, e **OSTIVALDO MENEZES DO NASCIMENTO JÚNIOR**, Brasileiro, Solteiro, Advogado, OAB/RR sob o nº 1280, ambos com endereço profissional à Rua Prof. Agnelo Bitencourt, nº 335 – Centro, Boa Vista/RR, Tel. (95) 3224-1634, onde deverá receber intimações.

Poderes específicos: para representar o outorgante, concedendo-lhe poderes para representá-lo no que for necessário, assim como cláusula Geral de Foro, habilitando-o, a praticar todos os atos processuais, como toda e qualquer defesa, contestação em seu favor, podendo atuar em qualquer instância, tribunal ou Juizado Especial, com poderes da cláusula “ad judícia”, bem como realizar todo e qualquer ato que seja necessário ao cabal cumprimento do presente mandato particular, inclusive substabelecer, assim como, transigir, receber valores, inclusive alvará judicial e dar quitação.

Boa Vista/RR, 01 de Junho de 2020.



ANDRESSON ALVES OLIVEIRA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

531419-4

REGISTRO
GERAL

NOME

ANDRESSON ALVES OLIVEIRA

FILIAÇÃO

IRINALDO ALVES OLIVEIRA

LUCILENE ALVES BRAGA

NATURALIDADE

BOA VISTA - RR

DOC. ORIGEM

CERTD NASC 6968 FLS 168 LIV A-10

MUCAJAI-RR

CPF

037.968.582-52

1ª VIA

DATA DE NASCIMENTO

30/09/2001

AMADEU ROCHA TRIANI
Pessoa Física
Diretor de LIC

97

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Sistema Único de Saúde

ANDRESSON ALVES OLIVEIRA

Data Nasc.: 30/09/2001

Sexo: M

702 8006 4768 3168





SUS

Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Básica
Secretaria de Saúde

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Pelo presente instrumento particular e na melhor forma de direito, eu **ANDRESSON ALVES OLIVEIRA**, Brasileiro, Solteiro, Desempregado, portador da carteira de identidade nº 531419-4 SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 037.968.582-52. **DECLARO** para os devidos fins de comprovação e direitos legais, que resido nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Rio Cotingo , nº 246, Bairro: 13 de Setembro, CEP: 69.308-140 Tel. (95) 98404-6121 / 98407-6768

Por ser expressão da verdade, firmo o presente sob as penas da lei, tendo pleno conhecimento de que constitui em crime capitulado no código penal, fazer declaração falsa, com o fim de criar obrigações e alterar a verdade sob os fatos juridicamente relevantes.

Boa Vista/RR, 23 de Junho de 2020.



Declarante



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, **ANDRESSON ALVES OLIVEIRA**, Brasileiro, Solteiro, Desempregado, portador da carteira de identidade nº 531419-4 SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 037.968.582-52, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Rio Cotingo , nº 246, Bairro: 13 de Setembro, CEP: 69.308-140.

DECLARO para que produza os devidos fins de direito, que sou pobre na acepção do termo e que não posso arcar com as despesas do processo sem prejuízo de meu sustento.

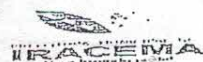
Por ser verdade a declaração acima, firmo o presente.

Boa Vista/RR, 23 de Junho de 2020.



ANDRESSON ALVES OLIVEIRA





PREFEITURA MUNICIPAL DE IRACEMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192

50-11

FICHA DE ATENDIMENTO

UNIDADE: BRAVO IRACEMA

EQUIPE:

Rauza + Magdiel

Paciente: Anderson Alves Oliveira Idade: 18 Sexo: ☒ M ☐ F

Nacionalidade: Brasileiro Raça: ☐ Branca ☐ Negra ☒ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena-Etnia

Endereço: Umic

Ponto de referência:

CHAMADA Nº da Ocorrência: 17.077 DATA: 05/10/19 HORA DO ACIONAMENTO: 06:00 hs
Médico (a) Regulador (a): Alyson HORA CHEGADA NO LOCAL (JHO): 06:05h

MOTIVO ☐ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☒ REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR ☐ APOIO ☐ OUTROS

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL
☐ Atropelamento
☐ Capotamento
☐ Colisão X
☐ Motorista
☐ Passageiro Dianteiro
☐ Passageiro Traseiro

MOTO/BICICLETA
☐ Acidente com moto X
☒ Queda de moto
☐ Bicicleta
☐ queda de Bicicleta

AUTOMÓVEL
☐ Uso do cinto ☐ SIM ☐ NÃO
☐ Vítila projetada
☐ Vítila encarcerada
☐ Air Bag

MOTO/BICICLETA
☐ Com capacete
☐ Sem capacete
☒ Condutor
☐ passageiro

VIOLENCIA
☐ Agressão Física
☐ Espancamento
☐ FAB
☐ FAF
☐ Tentativa de suicídio
☐ Violência Doméstica
☐ Violência Sexual

OUTROS
☐ Ac. De Trabalho
☐ Local ☐ Trajeto
☐ Queda, Altura aprox.:
☐ Acidente Doméstica
☐ Queimadura Agente
☐ Agressão p/ anim
☐ Outros:

AValiação INICIAL

Vias Aéreas
☐ Apneia
☐ Bradipnéia
☐ Dispneia
☒ Eupneico
☐ Obstruída
☐ Resp. Ruidosa
☐ Taquipnéia

Ventilação
☐ Abolida
☐ Ferida Aspirativa
☐ Hipertimpanismo
☐ M.V. Ausente
☐ M.V. Diminuído
☐ Maciez

Circulação
☐ Arritmico
☐ Ausente
☐ Bradicardia
☐ Enchimento capilar > 2s
☐ Taquicardia

Aval. Neurológica
☐ AVDN
☐ DNV
☐ Miase
☐ Midriase
☐ Anisocoria
☐ Alcoolizado

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	Temp. °C	Esc. visual anal. EVA "DOR"	Glicemia	APGAR
Início	120/80	88	20	99	°C			
Fim					°C			

AValiação SECUNDÁRIA

Pele	Cabeça	Faca	Pescoco	Tórax	Abdome
☐ Cianótica ☐ Corada ☐ Fria ☐ Pálida ☐ Quente ☐ Úmida ☐ Seca	☐ Afundamento ☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Fer. Penetrante ☐ Hematoma ☐ Laceração	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular ☐	☐ Desvio da traquéia ☐ Enfisema Sub-Cutâneo ☐ Escoriações ☐ Hematoma ☐ Lacerações	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Resp. paradoxal ☐ Tamponamento ☐ Tórax instável	☐ Distendido ☐ Doloroso ☐ Em tábua ☐ Escoriações ☐ Evisceração ☐ Lacerações
Pelve	Coluna Dorsal	Membros			
☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Dor ☐ Instabilidade	☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Intensa ☐ Deformidade	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Luxações			
		☐ Fratura ☐ Amputação ☐ Esmagamento ☐ Avulsão			

AValiação CARDIACA

☐ Ritmo Sinusal
☐ Taquicardia
☐ Bradicardia
☐ Filuter

☐ Fibrilação atrial
☐ Fibrilação ventricular
☐ Assístolia

AFEÇÃO CLÍNICA

☐ Cardíaca
☐ Metabólica
☐ Neurológica
☐ Psiquiátrica
☐ Respiratória

☐ Aborto
☐ Digestiva
☐ Infecciosa
☐ Obstétrica
☐ Pediátrica

HISTÓRIA PEGRESSA

☐ Alergias
☐ Cardiopatia
☐ Diabetes
☐ HAS
☐ Sequela AVC

Medicações em U

GRAVIDADE COMPROVADA

☐ ILESO ☐ PEQUENA ☐ MÉDIA ☐ ÓBITO ☐ INDETERMINADA

INCIDENTE

☐ Cancelamento
☐ Não se encontrava no local
☐ Trôte

☐ Recusa de Atendimento
☐ Recusa de hospitalização
☐ Bombeiro no local

MULTIPLoS MEIOS ACIONADOS

☐ Polícia Militar
☐ SMTRAN
☐ PRF

☐ Guarda Municipal
☐ Bombeiro
☐ DETRAN

RCP

☐ Iniciada as: :
☐ Término as: :

☐ RCP com sucesso
☐ RCP sem sucesso

☐ RCP Não realizado
OBS:

DESTINO

☐ Atendido no local
☐ Pronto Atendimento - PAAR

☒ Grande Trauma - GT
☐ Hosp. Coronel Mota - HCM

☐ Pol. Cosme e Silva
☐ Hosp. Santo Antônio - HOSA
☐ HMINSM

☐ Hosp. Das Clínicas/RR - HCR
☐ Hosp. Lotte Iris - HLI
☐ Outros

PREENCHE
DO PACIENTE

TERMO
DE
RECUSA

Nome do Receptor:

Função do Receptor:

Assinatura do Receptor:

Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:

Assinatura do Paciente:

RG:

GESTANTE

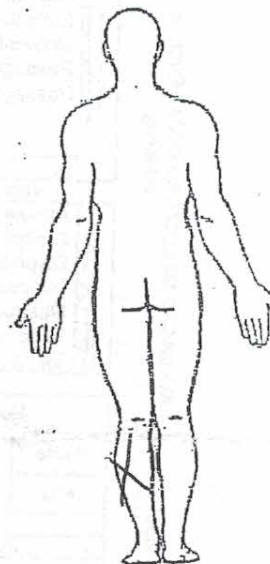
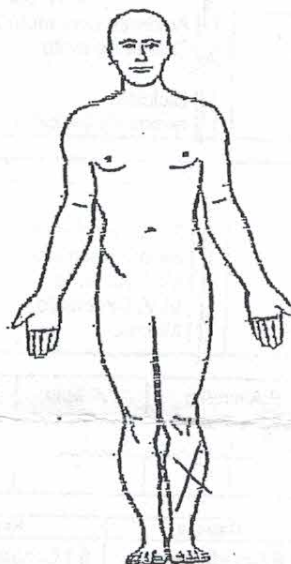
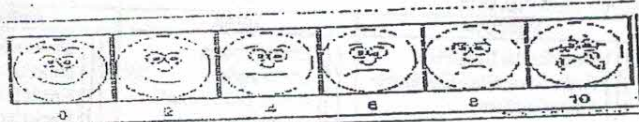
G p/ semana: Movimentos fetais:

Perda de líquido: BCF:

☐ Com cartão ☐ Sem cartão

MATERIAL E MEDICAÇÃO

Absença Ocular (O)	Espontânea	4 pontos
	Estímulo verbal	3 pontos
	Estímulo doloroso	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto
Melhor Resposta Motora (M)	Obedece a comandos	6 pontos
	Localiza dor	5 pontos
	Flexão normal (retirada)	4 pontos
	Flexão anormal (desorientação)	3 pontos
	Extensão (desorientação)	2 pontos
	Sem resposta (flacidez)	1 ponto
Resposta Verbal (V)	Orientado	5 pontos
	Confuso	4 pontos
	Palavras inapropriadas	3 pontos
	Sons incompreensíveis	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Paciente Anderson. Alus Oliveira. Banos últimos queda de moto com suspeita de fratura de tíbia e fíbula (D), alcoolizado, agitado, ferimento aberto no membro superior (E), gelo 16, morfina fisiológica 9%, leito ao GT do HGR. Paciente entregue e retornamos base.

**CONFERE
COM O
ORIGINAL**

Raiza A. Silva
Téc. de Enfermagem
CBO 319.174-TE



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 006217/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 11/02/2020 09:01 Data/Hora Fim: 11/02/2020 09:20
Origem: Polícia Judiciária Data: 11/02/2020
Delegado de Polícia: Eric Silva Pereira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 05/10/2019 05:50

Local do Fato

Município: Caracarái (RR)
Bairro: Bem te vi
Logradouro: Marechal Rondon

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANDRESSON ALVES OLIVEIRA (VÍTIMA, COMUNICANTE, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 30/09/2001 Idade: 18 anos
Naturalidade: RR - Boa Vista Profissão: Serralheiro Escolaridade: Ensino Médio Incompleto
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Lucilene Alves Braga Nome do Pai: Irinaldo Alves Oliveira

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 037.968.582-52
RG - Carteira de Identidade: 531419-4

Endereço

Município: Iracema - RR
Logradouro: Vicinal 01
Complemento: Sítio Oliveira
Telefone: (95) 98404-6121 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 164.339.982-91	Placa NAK-3212
Renavam 00776343629	Número do Motor JC30E22116073
Número do Chassi 9C2JC30202R116073	Ano/Modelo Fabricação 2002/2002
Cor AZUL	UF Veículo Roraima
Município Veículo Caracarái	Marca/Modelo HONDA/CG 125 TITAN ES
Modelo HONDA/CG 125 TITAN ES	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado

Nome Envolvido	Envolvimentos
----------------	---------------



Delegado de Polícia Civil: Eric Silva Pereira
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 11/02/2020 09:20
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 006217/2020

Nome Envolvido	Envolvimentos
Andresson Alves Oliveira	Possuidor, Exibidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que não possui habilitação, compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava conduzindo à motocicleta também devidamente descrita acima e que está em nome de REGINALDO MALAQUIAS ARAUJO DA SILVA. Que ao passar em um buraco existente na via, perdeu o controle da motocicleta e caiu. Que sofreu lesões corporais e foi socorrido pelo SAMU até o Hospital daquele município. **QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.** É o registro.

ASSINATURAS


Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42006908
Responsável pelo Atendimento





Andresson Alves Oliveira
(Comunicante / Envolvido / Vítima)

"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."

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA		1ª Classificação/Reclassificação		Reclassificação		Reclassificação	
Secretaria de Estado da Saúde		Vermelho		Vermelho		Vermelho	
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE		Laranja		Laranja		Laranja	
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		Amarelo		Amarelo		Amarelo	
		Verde		Verde		Verde	
		Azul Ass.		Azul Ass.		Azul Ass.	
1901178948	27/10/2019 11:50:35	FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA				DIURNO 07-19 79	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS	
ANDRESSON ALVES OLIVEIRA		30/09/2001		18 A 0 M 27 D		702800647683168	
Tipo Doc		Documento		Estado Civil		CPF	
		M		PARDA		03796858252	
Mãe		Pai		Naturalidade		Nacionalidade	
LUCILENE ALVES BRAGA		IRINALDO ALVES OLIVEIRA		BOA VISTA - RR		BRASILEIRA	
Endereço				Contato		Ocupação	
- VICINAL 1 - SN - - IRACEMA - RR				(95) 98407-6768			
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				Autorização	
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Temp.	
SPA - PRONTO ATENDIM		URGÊNCIA				Peso	
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Préssão	
PRONTO ATENDIMENTO		DEMANDA ESPONTANEA				Registrado por:	
Queixa Principal						DAL	
Anamnese de Enfermagem				GSC		TOTAL	
				AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)							
Tumor no antebraço esquerdo por queda de objeto na 3ª semana							
de com FX de fratura de tíbia / fêmur com perda							
Exame Físico							
de redução							
Hipótese Diagnóstica							
FX Clavícula da Esquerda							
SADT - Exames Complementares							
☐ RAIO -X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS							
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
						12:25 coleta de sangue para exames de rotina	
						Téc. de Anál. de Urina	
						Jucelina D. de Almeida	
						Téc. em Enfermagem	
						COREN-RR 776.776	
Conduta							
☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório							
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)							
☐ Alta a Revella ☒ Internação							
☐ Transferência para:				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			
				Dr. Fernando Rezende			
				Médico			
				CRM-RR 2007			
Impresso por: dal							
Data Hora: 27/10/2019 11:51:40							

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.trr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJTRW DK5UQ 54GZD X2DNK

Anexo I

Atta: 29/10/19

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				BLOCO A	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES			
Identificação do Paciente				6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE		7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
Andresson Luis de Almeida		7102800647683168		30/09/2003	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO		9 - SEXO	
Luciene Alves Braga		DDD N° DO TELEFONE		Masc. 1 Fem. 3	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
		Guaçu		202	
15 - UF		16 - CEP			
RJ					
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
Instabilidade da Chave da Porta (A)					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
Tumoramento Cirúrgico					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
RX					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL					
Instabilidade da Chave da Porta Diastólica					
21 - CID 10 PRINCIPAL					
22 - CID 10 SECUNDÁRIO					
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
Cirurgia					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
26 - CLÍNICA					
Autologia					
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
28 - DOCUMENTO					
() CNS () CPF					
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
Dr. Fernando Rezende					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
Fernando Rezende					
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO					
27/10/19					
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
Médico CRM-RR 2007					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO					
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO					
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO					
36 - CNPJ DA SEGURADORA					
37 - Nº DO BILHETE					
38 - SÉRIE					
39 - CNPJ EMPRESA					
40 - CNAE DA EMPRESA					
41 - CBOR					
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR					
45 - DOCUMENTO					
() CNS () CPF					
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
27/10/19					
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
1308010019					
5828 T068					
V299					

62A

GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"
Hospital Geral de Roraima

Resumo de Alta / Laudo Médico

Paciente Anderson Alves Oliveira : 18 anos
Deu entrada no HGR dia 27/10/19 com diagnóstico fratura de ombro da direita
foi realizado tratamento cirúrgico ortopédico

No dia / / foi submetido a tratamento cirúrgico ortopédico, pelo
Dr. e Dr.

Manteve-se sob uso de ~~antibioticoterapia~~ + AINEs + analgesia

Apresenta melhora do quadro, em bom estado geral, sem queixas no momento, LOTE, normocardio, eupneico, normotenso. Ferida operatória sem sinais flogísticos, com boa evolução.

Recebe alta hospitalar

Alta Hospitalar com laudo médico, receita, encaminhamento ao Hospital HGR
Coronel Mota e orientações gerais

Retorno dia / / às com Dr.

Boa Vista, / /

Dr. Augusto Chaves
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1964

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 - Aeroporto
CEP: 69310-005 Boa Vista-RR
Tel: (95)2121-0615



Obs: Prontuario não encontrado no setor
(encontrado)

1) / data: 30/01/2020

BLOCO II

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: Anderson Alves Oliveira
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 176086
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 7028000647683168
8 - DATA DE NASCIMENTO: 30/09/2001
9 - SEXO: Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: Lucilene Alves Bezerra
11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Veneza I
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: São Carlos
14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: 3200000
15 - UF: RJ
16 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
Paciente vítima de queda de moto com consolidação fratura de fêmur (D)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
AO Grupo

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):
Amniocentese + RX + Ex Histol

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: fr fêmur (D)
21 - CID 10 PRINCIPAL
22 - CID 10 SECUNDÁRIO
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO 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. Clitor Mont
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 28/01/20
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Dr. Vitor Montenegro

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
36 - CNPJ DA SEGURADORA
37 - Nº DO BILHETE
38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA
40 - CNAE DA EMPRESA
41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 28/01/20
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 0408050500
SPCZ
V22R

... Laudo Para Solicitação De A. I. H. ...

408-3



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

2 - CNES
231965-9

4 - CNES
231965-9

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
ANDRESSON ALVES OLIVEIRA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
702800647683168

6 - Nº. DO PRONTUÁRIO
00176086

8 - DATA DE NASCIMENTO
30/09/2001

9 - SEXO
1 - Masculino

10 - RAÇA / COR
PARDA

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE
LUCILENE ALVES BRAGA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
ANDRESSON ALVES OLIVEIRA

12 - TELEFONE DE CONTATO
(95) 98407-6768

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
VICINAL 1 - SN - CENTRO

14 - TELEFONE DE CONTATO
(95) 98407-6768

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
IRACEMA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO - 18 - UF
140028 RR

19 - CEP
69.348-000

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10, PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA
RURGIA GERAL

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
ELETIVO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº. DO DOCUMENTO (CCNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
27/01/2020

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº. DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ DA EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURADO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

52 - Nº. DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO
☐ CNS ☐ CPF

49 - Nº. DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)





BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 28.01.20 O.S. _____

Anderson Alves
Oliveira

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Ex de Hb/a (B)
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Osteotomia
TIPO DE INTERVENÇÃO: _____
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O mesmo
CIRURGIÃO: Dr. Vitor Morais 1º AUXILIAR: Dr. Bruno
2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____
3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____
ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____
NÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
AV. Srs. Edmundo Gomes, S/N
Maceió - AL - CEP: 57.072-0620
AUTENTICAÇÃO
05 MAR. 2020
Dr. Vitor Morais
Traumatologia
CRM 824.888

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1- Paciente em DDM sob anestesia
- 2- Anestesia + Antissepsia + colocação de campos estéril
- 3- Incisão em região Antero lateral de Hb/a (B)
- 4- Dissecção por planos até o foco da fratura
- 5- redução cruenta + fixação com placa de 8 pontos sob controle radiográfico
- 6- Sutura por planos + curativo
- 7- RPA

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2028



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

Φ. 18:15

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Andressom Alves de Oliveira				28 / 01 / 2020	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Osteossíntese de Fratura do		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
da tíbia Direita		16:20	17:02		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	DR. Vitor Montenegro		ANESTESISTA:	DR. Helder	
1º AUXILIAR	DR. Marcos + Marcelo (R)		RES. ANESTESIA:	DR. Daniel	
2º AUXILIAR	DR. Pedro (R)		INSTRUMENTADOR		
TIPO DE ANESTESIA: Pague + Sedação			CIRCULANTE	Ricardo + Isaac	
TEMPO DE DURAÇÃO:					
ANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
☒	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	300
☒	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº 2,0	
☒	LUVA ESTERIL 8.0		☒	FIO MONONYLON Nº 2,0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 22			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML		1	SURGICEL Catadura de creform	
☒	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO	
☒	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
☒	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM do xeridine ± 100 ml	
☒	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
☒	Glebações		1	OUTROS: Alcool ± 200 ml	
1 cateter P102					
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		VALOR
		Rebeca			
		Luciano	SUB- TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
			TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					





CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS									
Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			Especialidade: Ortopédia				Procedimento Realizado:		
Nome do Paciente: Andriesson Alves de Oliveira			IDADE:	SEXO: F () M (X)		Nº do Prontuário		Data 28/01/2020	
Bloco:		Enfermaria:		Leito:	Nº da Sala 01		Circulante de Sala: Bomades + Irac		
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:									
Dados dos materiais/Serviço									

Dados dos materiais/Serviço

[illegible]

MÉDICO CIRURGIÃO: _____ 1º AUXILIAR: _____
INSTRUMENTADOR: _____

INSTRUMENTADOR:	
Empresa ()	Nome da Empresa: SIRIUS () / SINTESE () / QUANTUM () ATHENA () / MACON ()
ITEM	Marca:

[illegible]

☐ VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE
☐ OPME/CME

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil
Fone: (0xx95) 2121 0637
E-mail: son ma bar@gmail.com





Sector/Leito: 408-03

Data: 28 / 01 / 20

Termo de Consentimento Cirurgia: () Sim ☒ Não

Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não

The diagrams illustrate the internal organs and their relative positions within the human body. The top diagram shows the lungs and heart in a frontal view. The second diagram shows the lungs and heart in a lateral view. The third diagram shows the lungs and heart in a posterior view. The bottom diagram shows the lungs and heart in a medial view.

13: 15h. Admichado na vva, e poi ost. fat. 4bis ①, sob. quest. raga e. Em uso de curahio e F.O + 22 sob colher nasal. Liberado da vva, acordado.

José Luciano dos Santos
COREN-RN 352.112 - ENE



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Anderson Alves da Silva
Responsável Cirurgião Ueslei M. Braga F.

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

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

RISCO CIRÚRGICO

☒ Aplica () Não se Aplica **E F I**

SÍTIO DEMARCADO

☒ Sim () Não () Não se Aplica

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUIDA

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

☒ 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 planejado para fluidos

Dr. Daniel Soares Pereira
Médico
CRM-RR 1179

Data 28/01/2020 Assinatura _____ Hora: _____

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista Helga B. B. B. B.

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

☒ 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

☒ 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: ceftriaxona 2g Hora: 16:00

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

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
☒ 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 PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
☒ Sim () Não () Não se Aplica

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

4- O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE
☒ Sim () Não () Não se Aplica

Rebeca M. Costa
Enfermeira
CRM-RR 21114 BIR

Assinatura e Carimbo

400-3



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




PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE <i>Andresson Alves de Oliveira</i>			
AGNÓSTICO <i>xx Fibra</i>			
ALERGIAS		HAS	DM2
IDADE		LEITO	DATA <i>28/01/20</i>
ITEM		PRESCRIÇÃO	
1	DIETA ORAL LIVRE	HORÁRIO	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	<i>SND</i>	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	<i>Manter</i>	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	<i>SNI</i>	
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	<i>18-29-08-12</i>	
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	<i>08</i>	
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	<i>SP</i>	
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	<i>SNI</i>	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	<i>22-08-14</i>	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	<i>SNI</i>	
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	<i>18-29-08-12</i>	
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	<i>20-08</i>	
13	SSVV + CCGG 6/6 H	<i>SN</i>	
14	CURATIVO DIÁRIO	<i>Rolha</i>	
15		<i>Curativo</i>	
16			
17			
18			
19			
20			
21			

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

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

Dr. Pedro de S. Fausto
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-RR 4228

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	<i>130x80</i>	<i>78</i>	<i>19</i>	<i>36°C</i>
18 H	<i>120x60</i>	<i>66</i>	<i>20</i>	<i>35,9°C</i>
24 H	<i>130x77</i>	<i>100</i>	<i>20</i>	<i>36,8°C</i>

*Obs: Paciente retornou do
 C.C em 805 de tratamento
 cirúrgico de fratura de
 tíbia.D.*

Francisco Alcides Soares
 COREN-RR 35342 - ENF

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA				HGR Hospital Geral de Roraima	
DATA DE ADMISSÃO		DIH	24/01/2020	DN			
PACIENTE		ANDRESSON ALVES OLIVEIRA					
DIAGNÓSTICO		FRATURA DE TIBIA					
ALERGIAS		HAS		DM2			
IDADE		LEITO	408-3	DATA	30/01/2020		
ÍTEM						HORÁRIO	
1	DIETA LIVRE						
2	AVP						
3	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12H						
4	CLINDAMICINA 600MG EV DE 6/6H						
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H						
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA						
7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N						
8	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN						
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N						
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						
11	CURATIVO DIÁRIO						
12	SSVV + CCGG 6/6H						
13	TILATIL 20MG EV DE 12/12H						
14							
15							
16							
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 TROCAR GESSO POR OUTRO							

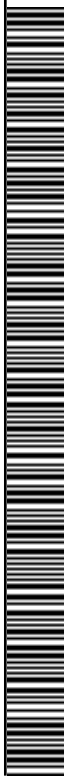
EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,,
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

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

RECAII

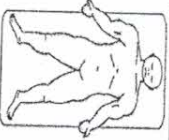
SINAIS VITAIS				DR. AUGUSTO CAVALCANTE CRM-1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H				
24 H				



GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA				HGR Hospital Geral de Roraima	
DATA DE ADMISSÃO		DIH	24/01/2020	DN			
PACIENTE	ANDRESSON ALVES OLIVEIRA						
DIAGNÓSTICO	FRATURA DE TIBIA						
ALERGIAS							
IDADE	HAS	DM2					
LEITO	408-3	DATA	30/01/2020				
ÍTEM						HORÁRIO	
1	DIETA LIVRE						
2	AVP						
3	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12H						
4	CLINDAMICINA 600MG EV DE 6/6H						
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H						
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA						
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N.						
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN						
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N						
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						
11	CURATIVO DIÁRIO						
12	SSVV + CCGG 6/6H						
13	TILATIL 20MG EV DE 12/12H						
14							
15							
16							
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 TROCAR GESSO POR OUTRO							
EVOLUÇÃO MÉDICA: #ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS. # EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.							
REAII							
SINAIS VITAIS							
6 H	PA	FC	FR				
12 H							
18 H							
24 H							
				DR. AUGUSTO CAVALCANTE CRM-1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			



100	100
-----	-----

 		Região: _____ Grau: I () II ()
() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : ____ Tração ____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____		
() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____		
() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____		
() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro: _____		
() Molhado () Úmido () Seco		
() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%		
() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____		
() 12/12 () Diário () 48/48h		

2408-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	24/01/2020	DN	
PACIENTE		ANDRESSON ALVES OLIVEIRA			
DIAGNÓSTICO		FRATURA DE TIBIA			
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	408-3	DATA	29/01/2020
ÍTEM					HORÁRIO
1	DIETA LIVRE				
2	AVP				
3	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12H				
4	CLINDAMICINA 600MG EV DE 6/6H				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IR				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6H				
13	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				
14					
15					
16					
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 TROCAR GESSO POR OUTRO					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,,
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

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

REA II

SINAIS VITAIS					DR. AUGUSTO CAVALCANTE CRM-1964. RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR		
06. (12 H)	122/83	80	18	36.5	
12.18 H	130/87	78	17	36.7	
24 H	130x90	75	14	36.2	

06 140x71 68 - 36.0



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

Rio de Janeiro, 28 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200213717

Vítima: ANDRESSON ALVES OLIVEIRA

Data do Acidente: 05/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDRESSON ALVES OLIVEIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: ANDRESSON ALVES OLIVEIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003559

Conta: 000000008584-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00861/00862 - carta_15R - INVALIDEZ

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJTRJ S5BGR WY2BK HFSLA