

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 22 de Julho de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200257450**

**Vítima: JOAO PEDRO DOS SANTOS NASCIMENTO**

**Data do Acidente: 13/03/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOAO PEDRO DOS SANTOS NASCIMENTO**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200257450

Vítima: JOAO PEDRO DOS SANTOS NASCIMENTO

Data do Acidente: 13/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO PEDRO DOS SANTOS NASCIMENTO

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: JOAO PEDRO DOS SANTOS NASCIMENTO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 0000073290-0

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, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:  3 - CPF da vítima:  4 - Nome completo da vítima:  5 - CPF:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA [VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL] - CIRCULAR SUJEP NR 445/2012

6 - Nome completo:  7 - Profissão:  8 - Endereço:  9 - Número:  10 - Complemento:

11 - Bairro:  12 - Cidade:  13 - Estado:  14 - CEP:

15 - E-mail:  16 - Tel.(DDD):  17 - Celular:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL [PAIS, TUTOR E CURADOR] PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:  19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00       | <input type="checkbox"/> R\$2.901,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00        |

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

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

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT

a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

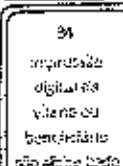
## 23 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo 24 - Data da morte da vítima:

25 - Grau da Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos, Informar se teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, Informar se vivos?  Sim  Não 30 - Vítima deixou nascituro (vítimas fatais)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar se vivos?  Sim  Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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



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

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

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

40 - Local e Data:

*Belo Horizonte, RR 03, dia Julho de 2022*

*João Pedro dos Santos*

*William Gonçalves*

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 00019716/2020

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 12/07/2020 11:47:53 Data/Hora Fim: 12/07/2020 11:47:53  
Delegado de Polícia: Simone Arriuda do Carmo

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 13/03/2020 18:50

**Local do Fato**

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Treze de Setembro

Logradouro: av. das Gulanias

Nº: S/N

Ponto de Referência: Rodovária Internacional de Boa Vista

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Veículo

**ENVOLVIDO(S)**

**Nome Civil: JOAO PEDRO DOS SANTOS NASCIMENTO (VÍTIMA , COMUNICANTE )**

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 02/05/1995 Idade 25

Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais Escolaridade: Ensino Médio Completo

Estado Civil: Solteiro(a)

Naturalidade:Boa Vista

Nome da Mãe: MARIA DAS GRACAS BRAGA DOS SANTOS Nome do Pai: MANOEL PEDRO DO NASCIMENTO

**Documento(s)**

RG: 271633

CPF: 026.660.212-62

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR

Nº: 55

Logradouro: R IV

Complemento: CASA

CEP: 69.313-332

Bairro: CAMBARA

Telefone: (95) 99141-6099 (Celular)

**Nome Civil: CONDUTORA DESCONHECIDA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR )**

Nacionalidade: Brasileira

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário: 704.506.763-15	Placa: NAX8089
Renavam: 00584960468	Número do Motor: KC16E5E010976
Número do Chassi: 9C2KC1650ER010976	Ano/Modelo Fabricação: 2014/2013
Cor: VERMELHA	UF Veículo: RR
Município Veículo: Boa Vista/RR	Marca/Modelo: HONDA/CG 150 TITAN ESD



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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 00019716/2020

**Veículo Adulterado? Não**

**Situação Meio Empregado, Envolvido**

**Última Atualização Denatran: 30/04/2020**

**Situação do Veículo RENAULT -  
ALIENACAO\_FIDUCIARIA\_FILE\_VEICULOS -  
RESTRICAO\_BENEFICIO\_TRIBUTARIO\_FILE\_VEICULOS**

**Nome Envolvida**

**Envolvidos**

JOAO PEDRO DOS SANTOS NASCIMENTO

Proprietário

**RELATO/HISTÓRICO**

QUE o comunicante através do número telefônico 95-99141-6099, entrou em contato via aplicativo de comunicação WHATSAPP, com este B.O para relatar o seguinte fato: Que no dia 13/03/2020, por volta das 18h:50min da noite, o comunicante trafegava em sua motocicleta particular, de marca HONDA, modelo TITAN, cor: vermelha, Placa NAX-8089; QUE neste momento trafegava na Av. Das Guianas/BV/RR, em sentido Rodoviária de Boa Vista/RR; QUE nesta avenida, uma motocicleta, modelo BIS, conduzindo por uma mulher (não sabe informar mais características), em sentido contrário do preposto pela avenida, veio em direção ao comunicante; QUE o comunicante tentou desviar, porém sem sucesso, ambos colidiram de frente, ocasionando lesões físicas em ambos os condutores; QUE o comunicante teve fraturas em todo seu corpo, e fraturas mais graves no fêmur da perna esquerda, ao qual foi quebrada como consta em laudo médico em anexo a este B.O; QUE PERGUNTADO ao comunicante se ele tem suspeitas ou testemunhas que identifiquem ou auxile na identificação dessa autora que conduzia a motocicleta acima citada, RESPONDEU: QUE NÃO tem suspeitas de quem poderia ser a infratora que conduzia a motocicleta, que ela foi conduzida ao hospital para tratamento de seus ferimentos pela equipe do SAMU, que realizou a remoção de ambos, que após essa remoção pela equipe de resgate móvel, não viste-a mais.

QUE o comunicante externa que apenas foi possível realizar o registro deste boletim de ocorrência na data de hoje (12/07/2020) devido à gravidade de seus ferimentos, que somente registrou o fato para garantir a assistência proveniente do seguro DPVAT.

.....

QUE para os devidos fins de direito, Eu Hualacy Seelig, S. de Souza, escrivão de polícia "ad-hoc", chefe de seção da polícia civil, matrícula nº 020116684, responsável por este B.O, orientei ao comunicante que ele poderia responder civil e criminalmente pela presente declaração que del origem SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

**ASSINATURAS**

Hualacy Seelig S. De Souza

Escrivão de polícia "ad-hoc"  
Chefe de Seção da Polícia Civil do Estado de Roraima  
Matrícula 020116684  
RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO

JOAO PEDRO DOS SANTOS NASCIMENTO

Vítima, Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou eu(a) Unico(a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que del origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia 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

2 - N° do sinistro ou ASL:  3 - CPF da vítima:  4 - Nome completo da vítima:  5 - CPF:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA [VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL] - CIRCULAR SUJEP NR 445/2012

6 - Nome completo:  7 - Profissão:  8 - Endereço:  9 - Número:  10 - Complemento:

11 - Bairro:  12 - Cidade:  13 - Estado:  14 - CEP:

15 - E-mail:  16 - Tel.(DDD):  17 - Celular:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL [PAIS, TUTOR E CURADOR] PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:  19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.901,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:  0653 CONTA:  000133290 0  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:  CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

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

23 - Estado:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo  Óbito da vítima

25 - Grau da Parentesco com a vítima:  Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima:  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, Informar teve filhos?  Sim  Não 30 - Vítima deixou nascituro (vítimas):  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Sim  Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

34 - Impressionar digitalizada vidente ou beneficiário não falecido

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

38 - 1<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

39 - 2<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data:  41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO PEDRO DOS SANTOS NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 00000073290-0

---

Nr. da Autenticação 67CD4270EF9A5DE1



**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: 4853965

**ELIETE ARAUJO DA SILVA**

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

BAIRRO: LAURA MOREIRA – CEP:69318-050 – BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO <b>703494</b>	MÊS <b>03/2020</b>	PERÍODO DE CONSUMO <b>19-FEB-20 a 23-MAR-20</b>
CONSUMO (kWh) <b>675</b>	VENCIMENTO <b>06-APR-20</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 552,25</b>

**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

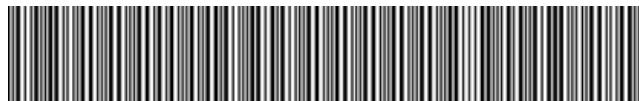
**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA  
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO <b>703494</b>	MÊS <b>03/2020</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 552,25</b>
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.52250075008.000000000703.349403200059





## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre Indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e da fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvintoria: 0800 021 91 35

### 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 RESSSEGURADO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI, Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves França

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343-20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jáson Pedro dos Santos Inscrito (a) no CPF sob o N° 026.660.210-62  
do sinistro de DPVAT cobertura Involido da Vítima Jáson Pedro dos Santos

Inscrito (a) no CPF sob o N° 026.660.210-62, 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 CC 11</u>	Número:	<u>0299</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Lavras Moreira</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado:
E-mail:	<u>WFranco992@gmail.com</u>			CEP: <u>69.318-050</u> Tel.(DDD): <u>99113-3855</u>

Local e Data: Boa Vista RR 07 de julho de 2020

William Gonçalves França

Assinatura do Declarante

 GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
Secretaria de Estado da Saúde  
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE  
Av. Brigadeiro Eduardo Gómes, 3308

Ortopedia

Dr. Veracat

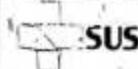
Pacientes: 11m. de braço: latero e p/ai e ipsi:  
accidentes de moto: 8.1-2. S/fixos:  
elbow + olecranon  
Artrografia: futura cirurgia do humor (2)  
H.º O mesmo

L.º Analgésico + blocos de braço  
transsecciónes humeral + diafisaria +  
internas

Dr. Odinachi Okemba  
Médico Residente  
Ortopedia & Traumatologia  
CRM: 18541111

Data 24.03.2020

## BLOCO A



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

R-G-R

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

João Pedro Dos Santos Masmurro

6 - N.º DO PRONTUÁRIO  
178066

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

409008088742301

8 - DATA DE NASCIMENTO  
02/05/939 - SEXO  
Masc. 1 Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Maria das Graças Braga das Santos

11 - TELEFONE DE CONTATO  
95 991169230

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Duo. S-22 1315 Santa Luzia

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BV

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

RR

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente com fratura da fratura da  
femur (a).

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Internação

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

Fratura + Enfermeira + Nutrição

Fratura da clavícula

20 - DESCRIÇÃO DO PRINCIPAL SINTOMA

Fratura

26 - CLÍNIQUE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dra.

41 - SOLICITANTE/ASSISTENTE

Princapal

33 - ( ) ACIDENTE

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N.º DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ( ) ACIDE

42 - CÓDIGO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ( ) ACIE

43 - ALHO TRAJETO

A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

44 - ( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

42 - VIN

( ) EMP

45 - DOCUMENTO

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

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

26/03/20

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

26/03/20

AUTORIZAÇÃO

0308260019  
T068  
5923 V299

até 22.3

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



119.2

PACIENTE	João Pedro das Santas Nasimento		
AGNÓSTICO	Fratura diafisaria do fêmur C		
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO	DATA	14/03/20
ITEM	PRESCRIÇÃO		
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO		
3	SF 0,9% 500ML EV S/N		
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA		
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4		
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h		
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H		
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H		
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
13	SSVV + CCGG 6/6.H		
14	CURATIVO DIÁRIO		
15	Lierene 4mg SC 1x ao dia		
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, ACIÁTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO.

#SOLICITADO: RX: #CONDUTA: MANTIDA

#PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

#PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Odanachi Okemoto  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
Data: 14/03/2020

B2A 119.2

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	Temp.
12 H				
18 H	140x72	73	-	
24 H	130x90	65		36

MEDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

06/03/2020 PA 120 FC 58 FR 36°C

OBRAZAS normais no membro  
perna muito dolorosa  
possivel fractura

Pleuroto no interno 06/03/20  
Pct acaral, LTC ampliada  
350ml de medicina de dor.

→ Administrado medicação de horário  
CPMS + item ⑥, paciente com dor intensa;  
verificado ssuu → Téc. Antonia

dia: 15/03/2020 - Plantão materno

12hhs PR = 120/80 FC = 65 T = 35.2°C

18hhs PR = 140/90 FC = 74 T = 35.1°C

Administrado medicação de horário com.  
paciente n/ queixas, ssuu realizado no  
periodo.

Lucineide A. L.  
Téc. em Enfermagem  
COREN-RR 866.340 TF

17/03 /060 - 18:50 = plantão

Ser PRIS curta no dia

Avyno copres fua m f. 904



EVOLUÇÃO DO CURATIVO

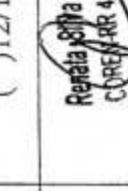
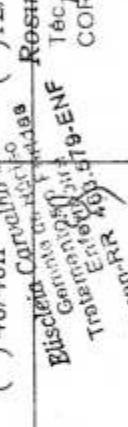
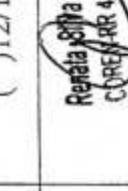


Protocolo nº 1 Versão:08 E elaborada: 02/2013 - Atualizada: 2/2020

Tratamento de Feridas – HGR

Paciente: José Pedro dos Santos  
Leito: 19-2 Data: 15 / 03 / 2020

100

Localização	 	Região: <b>M T Ē</b>	Grau: I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/>	Região: _____	
Etiologia	( ) LPP I III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outro: _____	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outro: _____	Grau: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>		
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros _____	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros _____	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros _____		
Pele Perilesional	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: _____	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: _____	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: _____		
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: _____	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: _____	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: _____		
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido ( ) Seco	( ) Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco		
Solução de Limpeza	( ) Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%		
Cobertura primária	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____		
Troca	( ) 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário	( ) 48/48h <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input checked="" type="checkbox"/> Cuidado ( ) 12/12	( ) 48/48h <input checked="" type="checkbox"/> Cuidado ( ) 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário ( ) 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:	 Rejata S. A. Rodrigues COREN-RR 41522-NE	 Eliane Carvalho Corrêa Revisor de P. N. Nurses Téc. Enfermagem Tratamento de feridas Coron RR	 Rejata S. A. Rodrigues COREN-RR 41522-NE		
Observações:					



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		DIH	13/03/2020	DN	02/05/1995
PACIENTE	JOAO PEDRO DOS SANTOS NASCIMENTO				
DIAGNÓSTICO	FX DIAFISE FEMUR ESQUERDO				
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	24	LEITO	119-2	DATA	16/03/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				IND
2	AVP				mant
3	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H				18 22
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				06 12
5	PLASIL10MG EV 8/8H S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR				
7	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SN
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
9	TILATIL 20MG EV 12/12H				12
11	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				16
12	CURATIVO				?
13	SSVV + CCGG 6/6H				?
14	AO DE				Reativo
15					
<b>SE DIABÉTICO</b> 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, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

# EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS. PACIENTE EM USO DE TRAÇÃO TRANSESQUELETICA DIREITA

06h PA = 107x63 P=63 T= 35,5°C

SINAIS VITAIS				Temp.	DON MARTINS MÉDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM 2038 RR
6 H	PA	FC	FR		
12 H	119x68	76	-	35.5°C	
18 H	150/90	69	-		
24 H	107-60	65	-	35.7°C	

07-23h - Paciente no leito, desidratado, com intenso edema mediastico c.º.m., dor em braço. Sem queixas. Segue as medidas da equipe. Tcc. End. levantamento cerni-ve 3248368

Pontos notorno  
Por medico de l. Am, uroto 16m 09, pois paciente recusou, ele-  
gendo que não faz uso de m. mo (tilatil 20mg).

119-2  
Paciente  
liberado.



**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO PÁRA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE**  
**RETAGUARDA**

Eu José Pedro dos Santos Neto CPFnº 026.660.212-62

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual(is) serei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR. Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico- assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferencia para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:
  - Cirurgias pré-agendadas;
  - Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
  - Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
  - Quando decidido pela equipe assistencial;
- 4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médica hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;
- 5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;
- 6.) Confirmo que recebi explicações, li, comprehendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 16 de MARÇO de 2020.

Assinatura do paciente: José Pedro dos Santos Neto  
Responsável:

1) Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

CPFnº: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s)/ procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/ responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_\_

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo do Médico Regulador CRM / \_\_\_\_\_

Dr. Antônio França  
CRM: 1444

Bloco A  
1/9 - 2  
diariamente

## RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 16/03/2020

PACIENTE: JOÃO PEDRO DOS SANTOS NASCIMENTO IDN: 02/09 95  
DIAGNÓSTICOS: FX DIAFISARIA FEMORAL (t)

119 - 2

1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: Bloco A

2- PACIENTE:  ACAMADO  DEAMBULA  O2 SUPLEMENTAR

3- DIETA:  VIA ORAL  SNE  OUTRA

4- POSSUI EXAMES LABORATORIAIS?  SIM  NÃO  
 AGUARDANDO

5- POSSUI EXAMES DE IMAGEM?  SIM  NÃO  
 AGUARDANDO

6- POSSUI PARECER DE ESPECIALISTA?  SIM  NÃO  
 AGUARDANDO

7- POSSUI ALGUMA APAC MARCADA/AGENDADA?  SIM  NÃO  
 AGUARDANDO

8- HORÁRIO DOS ÚLTIMOS SINAIS VITAIS:  
PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ SATO2: \_\_\_\_\_

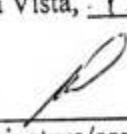
9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR:

AG. CIRURGIA ORTOPEDICA 8/22/04/20

10- EVOLUÇÃO CLINICA:

BEB, ACC, LOTO, EUNICO, CORAO, HIDRATADO

Boa Vista, 16 de MARÇO de 2020. Hora: 05:20

  
Dr. Lael Silva

Médico

CRM/RR 2015

CRM 2015/111

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE.

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

CRM \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo do MÉDICO REGULADOR autorizando a transferência do paciente para:  
 HC  HLI  HMI  OUTRO \_\_\_\_\_



**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO PÁRA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE**  
**RETAGUARDA**

Eu José Pedro dos Santos NASCIMENTO CPFnº 026.660.212-62

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual(is) serei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.  
Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico-assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

- Cirurgias pré-agendadas;
- Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
- Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médica hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;

5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;

6.) Confirmei que recebi explicações, li, comprehendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 16 de MARÇO de 2020.

Assinatura do paciente:

Responsável:

1) Assinatura:

Nome

CPFnº:

Grau de Parentesco:

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

Confirmei que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s)/ procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/ responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_\_

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Dr. José Pedro dos Santos Nascimento  
CRM/Roraima

119-2

## RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 16/03/2020

PACIENTE: 50 ANOS PEDRO DOS SANTOS NASCIMENTO DN: 02/05 95

DIAGNÓSTICOS: FX DIAFISANA FEMORAL (t)

119-2

1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: Bloco A

2- PACIENTE: ( ) ACAMADO ( ) DEAMBULA ( ) O2 SUPLEMENTAR

3- DIETA:  VIA ORAL ( ) SNE ( ) OUTRA

4- POSSUI EXAMES LABORATORIAIS?  SIM ( ) NÃO  
( ) AGUARDANDO

5- POSSUI EXAMES DE IMAGEM?  SIM ( ) NÃO  
( ) AGUARDANDO

6- POSSUI PARECER DE ESPECIALISTA? ( ) SIM  NÃO  
( ) AGUARDANDO

7- POSSUI ALGUMA APAC MARCADA/AGENDADA? ( ) SIM  NÃO  
( ) AGUARDANDO

8- HORÁRIO DOS ÚLTIMOS SINAIS VITAIS: \_\_\_\_\_

PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ SATO2: \_\_\_\_\_

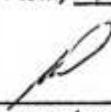
9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR:

AG. CIRURGIA ORTOPEDICA 01/22/04/20

10- EVOLUÇÃO CLINICA:

BEB, acq, lato, evantria, coxa, hionato

Boa Vista, 16 de MARÇO de 2020. Hora: 05:20

  
Dr. Lael Silva  
Médico  
CRM/RR 2015

CRM 2015 / RN / 3

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE.

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

CRM \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo do MÉDICO REGULADOR autorizando a transferência do paciente para:  
( ) HC ( ) HLI ( ) HMI ( ) OUTRO \_\_\_\_\_



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		DIH	13/03/2020	DN	02/05/1995
PACIENTE	JOAO PEDRO DOS SANTOS NASCIMENTO				
DIAGNÓSTICO	FX DIAFISÁRIA DE FEMUR ESQUERDO				
ALERGIAS					
IDADE	24	HAS	DM2		
ITEM		LEITO	<u>119-2</u>	DATA	<u>17/03/2020</u>
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	AVP				<u>2/2</u>
3	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H				<u>10:00</u>
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				<u>12:00</u>
5	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				<u>0:00</u>
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IM				<u>12:00</u>
7	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				<u>12:00</u>
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<u>12:00</u>
10	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				<u>12:00</u>
11	CURATIVO				<u>12:00</u>
12	SSVV + CCGG 6/6H				<u>12:00</u>
13	TILATIL 20 MG 12/12H (D4)				<u>12:00</u>
14					<u>12:00</u>
<b>SE DIABÉTICO</b> 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, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS. PACIENTE EM USO DE TRAÇÃO TRANSESQUELETICA ES

Dr. Bruno Vieira  
CRM 231 RR  
18 MAR. 2020

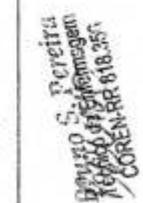
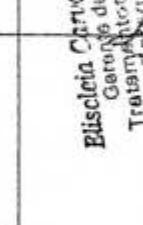
06h. 109x241 R 62 T-36			
SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	130	71	-
18 H			36-3
24 H	138 x 89	103	36-0
DON MARTINS MÉDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM 2038 RR			

II: Paciente no setor, m.e.p. Venha só  
SSVV sem sítio comuns ou: Kruken.

Déficit de funcionamento

**EVOLUÇÃO DO CURATIVO**

 <b>HGR</b> Hospital Regional de Ribeirão Preto	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Tratamento de Feridas – HGR	Paciente: <u>João Pedro</u>			
	Leito: <u>119 - 21</u>	Data: <u>17/03/2020</u>			

Localização	Região: <u>MCE</u>	Região: <u>MIE</u>	Região: <u>MIE</u>		
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input checked="" type="checkbox"/> Trauma : _____ <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Tração _____ Fixador Externo ( ) ortopedia	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma : <input checked="" type="checkbox"/> Tração _____ Fixador Externo ( ) ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____		
Pele Perilesional	<input checked="" type="checkbox"/> Normal ( ) Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Normal ( ) Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Normal ( ) Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serrossanguíneo ( ) Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	<input type="checkbox"/> Molhado ( ) Úmido	<input type="checkbox"/> Molhado ( ) Úmido ( ) Seco		
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Gaze ( )Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Gaze ( )Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Gaze ( )Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Cobertura primária					
Troca	( )12/12	( )Diário	( )48/48h		
Profissional que realizou procedimento:	 Pereira RG: 11.000.000.000.000 COREN-SP 81835	 Carvalho Góes RG: 11.000.000.000.000 COREN-SP 81835	( )12/12	( )Diário	( )48/48h
Observações:	 Braga				



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		DIH	13/03/2020	DN	02/05/1995
PACIENTE	JOAO PEDRO DOS SANTOS NASCIMENTO				
DIAGNÓSTICO	FRATURA DIAFISÁRIA DE FEMUR ESQUERDO				
ALERGIAS					
IDADE	24	HAS	DM2	119-2	
ITEM					
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				
4	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN				
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
6	PLASIL10MG EV 8/8H S/N				
7	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				
8	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
10	CURATIVO				
11	SSVV + CCGG 6/6H				
12	TILATIL 20mg EV 12/12H (D4)				
13	AO MC  <b>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</b>				

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,  
ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS , SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
# EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, EM USO DE  
TRAÇÃO. PACIENTE RECUSA A TRANSFERÊNCIA PARA O HC.

06 113X77 63 35.9°C

SINAIS VITAIS				Lael Silva MÉDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM 2015 RR
6/H	PA	FC	FR	
12 H	120/70	64	33 P	
18 H				
24 H	138/74	59	3500	

Administrado na piele  
à 3-4 m. sobre a ser  
na dos medicos.

Jacqueline Vieira de Ag  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RR 5400

Plantão das 19:00h às 7:00h Paciente no  
leito. Adm. MCPM Aferido SSVU ~~Bruno~~  
Terezinha de Jesus P. da Silva

COREN-RR 427910 - A.



GOVERNO DO RORAIMA  
Hospital Geral de Roraima

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	13/03/2020	DN	02/05/1995
PACIENTE	JOAO PEDRO DOS SANTOS NASCIMENTO				
DIAGNÓSTICO	FRATURA DIAFISÁRIA DE FEMUR ESQUERDO				
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	24	LEITO	<u>119-2</u>	DATA	<u>19/03/2020</u>
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				<u>S/3</u>
2	AVP				<u>manhã</u>
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				<u>11</u>
4	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN				<u>6/6</u>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				<u>6/6</u>
6	PLASIL10MG EV 8/8H S/N				<u>06</u>
7	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IM				<u>X</u>
8	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				<u>7/5/1</u>
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<u>7/5/1</u>
10	CURATIVO				
11	SSVV + CCGG 6/6H				<u>manhã</u>
12	TILATIL 20mg EV 12/12H (D5)				<u>12/20</u>
13	<u>SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: <b>2UI</b> ; 251-300: <b>4UI</b> ; 301-350: <b>6UI</b> ; 351-400: <b>8UI</b> ; ≥ 400: <b>10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b>				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

## **EVOLUÇÃO MÉDICA:**

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO.. FUNCÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS SEM QUEIXAS FÍSICAS

**# EXAME FÍSICO:** BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, EM USO DE TRAÇÃO. PACIENTE RECUSA A SEGUNDA VEZ A TRANSFERÊNCIA PARA O HC. CIRURGIA AGENDADA PARA O DIA 22/04/2020.

ENDA DATA PARA O DIA 22/04/2020. NOVO ALGAE MARINHO P/ CIRURGIA  
P/ DIA 21/03/2020. SONHO EXAMES E  
VERIFICO PENDENCIA

SINAIS VITAIS				 LAEL SILVA MÉDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM 2015 RR
6 H	PA	FC	FR	
12 H	140 x 87	69		
18 H	140 / 85	77		
24 H	133 / 82	60		

*Dr. Lael do Santos da Silva*  
Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2015

Jacqueline Vieira de Aguiar  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RO 54597-TE

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Protocolo n° 1

Núcleo de Enfermagem em

Versão:08

Elaborada: 02/2013 · Atualizada: 2/2020

Tratamento de Feridas –

### Protocolo n° 1

Versão:08

Elaborada: 02/2013 · Atualizada: 2/2020

<b>HGR</b> Hospital Geral de Ribeirão Preto	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Paciente: <i>José Pedro dos Santos</i>				Data: <i>10/03/2020</i>
	Leito: <i>109-2</i>				

<b>Localização</b>			<b>Região:</b> <i>M T C</i>	<b>Região:</b> <i>M S E / Vado</i>
<b>Etiologia</b>	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Trauma : <u>Fixação</u> ( ) Outro:	Grau: I ( <input checked="" type="checkbox"/> ) II ( <input type="checkbox"/> )	Grau: I ( <input type="checkbox"/> ) II ( <input checked="" type="checkbox"/> )	
<b>Aparência do Leito</b>	( ) Necrose; Amarela/Negra ( ) Ferida fechada ( ) Outro:	( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : <u>Fixação</u> ( ) Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : <u>Fixação</u> ( ) Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:	
<b>Pele Perilesional</b>	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normal ( ) Outro:	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Necrose; Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Eritema / Rubor ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros	
<b>Tipo de Exsudato</b>	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Outro:	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	
<b>Quantidade de Exsudato</b>	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Outro:	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Seco ( ) Outro:	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Molhado ( ) Úmido ( ) Outro:	
<b>Solução de Limpeza</b>	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%		
<b>Cobertura primária</b>	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Outro:	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Colagenase/Fibrinase ( ) Hidrogel ( ) Outro:		
<b>Troca</b>	( ) 12/12 ( ) Diário	( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário	
<b>Profissional que realizou procedimento:</b>	<b>Regista Silva Rodrigues</b> COREN-RR 41372-AE	<b>Vanessa da Silva Moraes</b> Técnica Enfermagem COREN-RR 965 152 TR	<b>Carvalho Gózato</b> Enfermeiro de Núcleo Treinamento e Feridas Enfermagem Coren-RR 468.579-ENF	
<b>Observações:</b>	<p style="text-align: center;"><i>Carvalho Gózato Enfermeiro de Núcleo Treinamento e Feridas Enfermagem Coren-RR 468.579-ENF</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Vanessa da Silva Moraes Técnica Enfermagem COREN-RR 965 152 TR</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Regista Silva Rodrigues COREN-RR 41372-AE</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Carvalho Gózato Enfermeiro de Núcleo Treinamento e Feridas Enfermagem Coren-RR 468.579-ENF</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Vanessa da Silva Moraes Técnica Enfermagem COREN-RR 965 152 TR</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Regista Silva Rodrigues COREN-RR 41372-AE</i></p>			



Paciente: Joao Pedro Dos Santos Nascimento	Sexo: Masculino	Nasc: 02/05/1995	Idade: 24 ANO
Solicitação: 20171321	Número Interno:		
Origem: HGR	Solicitante:		
Data de Emissão: 19/03/2020 08:45	Setor: BLOCO A	Leito: 119-2	
	Recebimento:		

Amostra: 2017132101

**Resultado de Exame****COAGULOGRAMA COMPLETO**

Material: PLASMA

Métodologia: M33 - Automatizado (destiny Plus)

	Resultado	Referência
TEMPO DE PROTROMBINA	13,10 seg	10.0 - 14.0 seg
RNI	0,88	0.8 - 1.2
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	29,30 seg	25.0 - 39.0 seg
RATIO	1,08	0.75 - 1.22

**Notas**

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

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

Sergio A. L. Martins  
Bioquímico - CRF/RR 006  
006

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cizino de Paiva - Responsável Técnico - CRF - RR 160

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

20/03/2020 08:35

(\*) Retificado

Página 1 de 3



Hospital Geral de Roraima  
0xx95) 2121 0640-  
E-mail: hgrlab@yahoo.com.br  
Av. Brigadeiro Eduardo Gómez, 3308 -  
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO  
DO HGR

SESAU

GOVERNO  
DE RORAIMA



Paciente: Joao Pedro Dos Santos Nascimento	Sexo: Masculino	Nasc: 02/05/1995	Idade: 24 ANO
Solicitação: 20171321	Número Interno:	Solicitante:	
Origem: HGR		Setor: BLOCO A	Leito: 119-2
Data de Emissão: 19/03/2020 08:45		Recebimento:	

Amostra: 2017132102

### Resultado de Exame

#### DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO

Métodologia: M11 - Cinético Picrato Alcalino  
CREATININA

	Resultado	Referência
	0.70 mg/dL	0.7 - 1.4 mg/dL

#### Notas

A creatinina deve ser analisada preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um jejum mínimo de 4 horas. O uso recente de dipirona podem interferir nos níveis de creatinina dosada pelo método Enzimático.

#### DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)

Material: SORO

Métodologia: M06 - Enzimático Colorimétrico  
TGO

	Resultado	Referência
	34.42 U/L	5.0 - 48.0 U/L

#### DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)

Material: SORO

Métodologia: M16 - Cinético Uv (sem Piridoxal)  
TGP

	Resultado	Referência
	34.20 U/L	5.0 - 48.0 U/L

#### DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO

Métodologia: M17 - Cinético Uv (urease)  
URÉIA

	Resultado	Referência
	30.22 mg/dL	15.0 - 40.0 mg/dL

Drº. Auricelle Calheiros Pena  
Farmacêutica Bioquímica - Esp.  
CRF-RR 088

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cizino de Paiva - Responsável Técnico - CRF - RR 160

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

20/03/2020 08:35

(\*) Retificado

Página: 2 de 3



Hospital Geral de Roraima  
0xx65) 2121 0640-  
E-mail:hgrlab@yahoo.com.br  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3306 -  
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO  
DO HGR

SESAU



GOVERNO  
DE RORAIMA



ESTADO DE RORAIMA  
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

Paciente: Joao Pedro Dos Santos Nascimento

Solicitação: 20171321

Número Interno:

Origem: HGR

Data de Emissão: 19/03/2020 08:45

Sexo: Masculino

Nasc: 02/05/1995

Idade: 24 ANO

Solicitante:

Setor: BLOCO A

Leito: 119-2

Recebimento:

Amostra: 2017132103

### Resultado de Exame

## HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

### LEUCOGRAMA

	Resultado	Referência
LEUCÓCITOS	<b>8.29 x10<sup>3</sup>/uL</b>	4.0 - 10.0 x10 <sup>3</sup> /uL
NEUTRÓFILOS	<b>75.40 %</b>	50.0 - 70.0 %
LINFÓCITOS	<b>12.50 %</b>	20.0 - 40.0 %
MONÓCITOS	<b>7.70 %</b>	3.0 - 12.0 %
EÓCÍNÓFILOS	<b>3.70 %</b>	0.5 - 5.0 %
BASÓFILOS	<b>0.70 %</b>	0.0 - 1.0 %

### ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	<b>3.79 x10<sup>6</sup>/uL</b>	4.32 - 5.52 x10 <sup>6</sup> /uL
HEMOGLOBINA	<b>13.40 g/dL</b>	13.5 - 18.0 g/dL
HEMATÓCRITO	<b>38.40 %</b>	40.0 - 50.0 %
VCM	<b>101.40 ug/L</b>	87.0 - 103.0 ug/L
HCM	<b>35.40 pg</b>	27.0 - 34.0 pg
CHCM	<b>34.90 g/dL</b>	32.0 - 37.0 g/dL
RDW CV	<b>11.10 %</b>	11.0 - 16.0 %
RDW SD	<b>47.70 fL</b>	35.0 - 56.0 fL

### PLAQUETOGRAMA

PLAQUETAS	<b>217.00 x10<sup>3</sup>/uL</b>	150.0 - 400.0 x10 <sup>3</sup> /uL
VPM	<b>8.60 fL</b>	6.5 - 12.0 fL
PDW	<b>15.90</b>	9.0 - 17.0
PCV	<b>0.186 %</b>	1.08 - 2.82 %

Sergio A. L. Martins  
Bioquímico - CRF/RR 006  
006

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cizino de Paiva - Responsável Técnico - CRF - RR 160

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

(\*) Retificado

20/03/2020 08:35

Página 3 de 3



Hospital Geral de Roraima  
0xx95) 2121 0640  
E-mail:hgrlab@yahoo.com.br  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 -  
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO  
DO HGR

SESAU

GOVERNO  
DE RORAIMA



GOVERNO DE RORAIMA  
Hospital Geral de Roraima

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

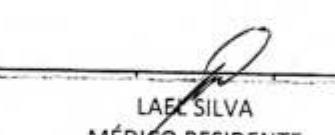


DATA DE ADMISSÃO		DIH	13/03/2020	DN	02/05/1995
PACIENTE	JOAO PEDRO DOS SANTOS NASCIMENTO				
DIAGNÓSTICO	FRATURA DIAFISÁRIA DE FEMUR ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	20
IDADE	24	LEITO	119-2	DATA	29/03/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN.
2	AVP				MAMMA
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				16
4	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN				SN.
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				SN.
6	PLASIL10MG EV 8/8H S/N				SN.
7	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				SN.
8	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SN.
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN.
10	CURATIVO				ROTINA
11	SSVV + CCGG 6/6H				ROTINA
12	TILATIL 20mg EV 12/12H (D5) (SUSPENSO)				—
13					—
<b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,  
ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS , SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
# EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, EM USO DE  
TRAÇÃO. CIRURGIA AGENDADA PARA O DIA 23/04/2020 P/ MANHÃ

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
10 H	119x65	73		36,2°C
18 H	100x70	78		36,2°C
24 H	109x60	70		36

  
 LAEL SILVA  
 MÉDICO RESIDENTE  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
 CRM 2015 RR

TRATO:  
ACESSO SSV  
SEM MEDICAMENTOS  
EXETO OS CUIDADOS  
ESPECIAIS

Assinatura: [Signature]  
COREN-RR 292369-TE

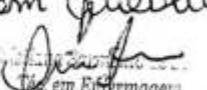
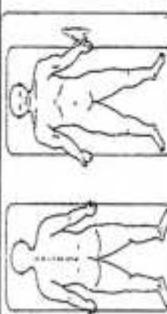
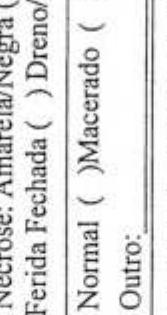
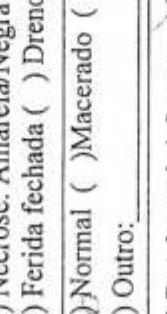
Jah. Verificadas SSV. Sem queixas  
nesta período. — 

Imagem  
em  
B&W  
COREN-RR 462501

Observe color mudicado C.P. II.  
Sor, mudicados

## EVOLUÇÃO DO CURATIVO

 <b>HGR</b> Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	<b>Protocolo nº 1</b> <b>Paciente: JOAO VIEIRA</b> <b>Leito: J19-2</b>	<b>Versão:08</b> <b>Data: 20/03/2020</b>	<b>Elaborada: 02/2013</b> <b>Atualizada: 2/2020</b>
---	--	---	--

<b>Localização</b>  	<b>Região:</b> MDE	<b>Região:</b>  	<b>Grau:</b> I ( ) II (X)	<b>Grau:</b> I ( ) II ( )
<b>Etiologia</b> <input checked="" type="checkbox"/> LPP II III IV?* ( <input type="checkbox"/> Queimadura ( <input type="checkbox"/> Cirurgia ( <input type="checkbox"/> DM ( <input type="checkbox"/> Vascular ( <input type="checkbox"/> Trauma : <input type="checkbox"/> Fixação <input type="checkbox"/> Externo ( <input type="checkbox"/> ortopedia ( <input type="checkbox"/> Outro: <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra ( <input type="checkbox"/> Esfacelo ( <input type="checkbox"/> Granulação ( <input type="checkbox"/> Epitelização ( <input type="checkbox"/> Ferida fechada ( <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda ( <input type="checkbox"/> Outros <input checked="" type="checkbox"/> Normal ( <input type="checkbox"/> Macerado ( <input type="checkbox"/> seca ( <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor ( <input type="checkbox"/> Outro: <input type="checkbox"/> Purulento ( <input type="checkbox"/> Seroso ( <input type="checkbox"/> Sanguinolento ( <input type="checkbox"/> Serossanguíneo ( <input type="checkbox"/> Seco ( <input type="checkbox"/> Outro: <input type="checkbox"/> Molhado ( <input type="checkbox"/> Úmido ( <input type="checkbox"/> seco ( <input type="checkbox"/> Molhado ( <input type="checkbox"/> Úmido ( <input type="checkbox"/> Seco		<input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV?* ( <input type="checkbox"/> Queimadura ( <input type="checkbox"/> Cirurgia ( <input type="checkbox"/> DM ( <input type="checkbox"/> Vascular ( <input type="checkbox"/> Trauma : <input type="checkbox"/> Fixação <input type="checkbox"/> Externo ( <input type="checkbox"/> ortopedia ( <input type="checkbox"/> Outro: <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra ( <input type="checkbox"/> Esfacelo ( <input type="checkbox"/> Granulação ( <input type="checkbox"/> Epitelização ( <input type="checkbox"/> Ferida fechada ( <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda ( <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Normal ( <input type="checkbox"/> Macerado ( <input type="checkbox"/> seca ( <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor ( <input type="checkbox"/> Outro: <input type="checkbox"/> Purulento ( <input type="checkbox"/> Seroso ( <input type="checkbox"/> Sanguinolento ( <input type="checkbox"/> Serossanguíneo ( <input type="checkbox"/> Seco ( <input type="checkbox"/> Outro: <input type="checkbox"/> Molhado ( <input type="checkbox"/> Úmido ( <input type="checkbox"/> seco ( <input type="checkbox"/> Molhado ( <input type="checkbox"/> Úmido ( <input type="checkbox"/> Seco		
<b>Aparência do Leito</b> <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% ( <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% ( <input type="checkbox"/> Álcool 70%		<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% ( <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% ( <input type="checkbox"/> Álcool 70%		
<b>Pele Perilesional</b> <input checked="" type="checkbox"/> Gaze ( <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase ( <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata ( <input type="checkbox"/> Hidrogel ( <input type="checkbox"/> Outro:		<input checked="" type="checkbox"/> Gaze ( <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase ( <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata ( <input type="checkbox"/> Hidrogel ( <input type="checkbox"/> Outro:		
<b>Tipo de Exsudato</b> <input type="checkbox"/> Troca		<input type="checkbox"/> Troca		
<b>Quantidade de Exsudato</b> <input checked="" type="checkbox"/> 12/12		<input checked="" type="checkbox"/> 12/12		
<b>Solução de Limpeza</b> <input checked="" type="checkbox"/> Perteira		 Eliane Carvalho Perteira Gerente de Núcleo Tratamento e Feridas Enfermeira Coren-RR 468.579-ENF		
<b>Profissional que realizou procedimento:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Juci				
<b>Observações:</b>				



GOVERNO DE RORAIMA  
Hospital Geral de Roraima

Nº - 2

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	13/03/2020	DN	02/05/1995
PACIENTE	JOAO PEDRO DOS SANTOS NASCIMENTO				
DIAGNÓSTICO	FRATURA DIAFISÁRIA DE FEMUR ESQUERDO				
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	24	LEITO	119-2	DATA	21/03/2020
ÍTEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S.V.O
2	AVP				mant.
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				16
4	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN				SN
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				06
6	PLASIL10MG EV 8/8H S/N				S.V
7	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IM				S.V
8	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				S.V
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				Aten cão
10	CURATIVO				R. tira feijo.
11	SSVV + CCGG 6/6H				R. tira na
12					
13					
<b>SE DIABÉTICO</b> 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,, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS , SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

# EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, EM USO DE TRAÇÃO. CIRURGIA AGENDADA PARA O DIA 23/04/2020 P/ MANHÃ

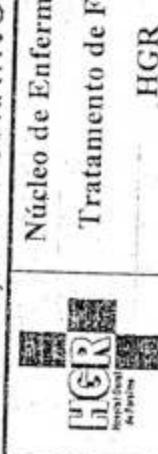
*Pre ABP/PA = 71 / 73 36,9°C - 11*

SINAIS VITAIS				LAIL SILVA MÉDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM 2015 RR
6 H	PA	FC	FR	
12 H	120/80	82		
18 H				
24 H	130/80	84	17	

L.o. T.E., Venho informar coenlamente,  
com bons níveis das funções fisiológicas preser-  
vadas torniquete; CCGG e SSVV C.P.M.;  
sem intubar/pacar até as 07:00, quando sob curva de evolu-  
ção.

*Antônio Juscelino Araújo Pativa*  
*Técnico de Enfermagem*  
*COREN-RR 328.247*

## EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Protocolo n° 1

Paciente:

HGR

Tratamento de Feridas –

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-



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		DIH	13/03/2020	DN	02/05/1995
PACIENTE	JOAO PEDRO DOS SANTOS NASCIMENTO				
DIAGNÓSTICO	FX DIAFISÁRIA DE FEMUR ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	24	LEITO	119-2	DATA	22/03/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				<i>S N D</i>
2	AVP				<i>S N D</i>
3	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H				<i>S N D</i>
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				<i>S N D</i>
5	PLASIL10MG EV 8/8H S/N				<i>S N D</i>
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IM				<i>S N D</i>
7	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				<i>S N D</i>
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<i>S N D</i>
11	CURATIVO				-
12	SSVV + CCGG 6/6H				<i>refina</i>
14	DIETA ZERO A PARTIR DAS 22:00 + CHECAR SANGUE				
	<u>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</u>				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

# EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS . PACIENTE EM USO DE TRAÇÃO TRANSESQUELETICA ES . aguarda cirurgia

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	127x88	73	
18 H			
24 H	Sem apantos p/ V.SS vitais		

Bruno Vieira  
CRM-1231 RR  
BRUNO VIEIRA  
MEDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-1231 RR

Faz 12h o paciente medicado c/pm, aferido  
2h das 13h -  
*B.*



**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA  
(PAAR/ TRAUMA - TRAZER FICHA DE ATENDIMENTO E RADIOGRAFIAS)**

NOME: \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ IDADE \_\_\_\_\_  
HIPÓTESE: \_\_\_\_\_

CIRURGIA PREGRESSA?  Sim  Não Qual? \_\_\_\_\_ Radio ou Quiromioterapia  Sim  Não  
HISTÓRIA RESUMIDA E DADOS COMPLEMENTARES \_\_\_\_\_

EXAME: TOMOGRAFIA DE \_\_\_\_\_ (TÓRAX E MEMBROS SÓ COM RADIOGRAFIA PRÉVIA)  
LOCAL DO PACIENTE: \_\_\_\_\_ DATA DE SOLICITAÇÃO \_\_\_\_\_  
TELEFONES/ CONTATO (Exames muito alterados - Para médico Radiologista chamar paciente/ médico de IMEDIATO)

##### o laudo às vezes é liberado e o paciente já teve alta hospitalar - Caso haja alteração importante no exame de imagem e o paciente precise necessite retornar com urgência ao Hospital ##### (MÉDICO/ PACIENTE / ACOMPANHANTE)

O uso desnecessário de radiação ionizante pode causar câncer e morte. Eu aceito os riscos e já perguntei ao paciente se ele dispõe de exames recentes (TC recente) que contraindiquem o procedimento atual e que o exame é imprescindível, definindo conduta e abordagem

MÉDICO SOLICITANTE

EXAME ANTERIOR NO SERVIÇO?  Sim  Não quando? \_\_\_\_\_  
EXAME IMPRESCINDÍVEL?  Sim  Não (Resposta que não há como definir conduta somente com rx/USG, Laboratório ou Dados clínicos?) \_\_\_\_\_

URGÊNCIA DO LAUDO?

EXTREMA URGÊNCIA - CONTATO MÉDICO OBRIGATÓRIO DISCUTIR CASO E EXPLICAR URGÊNICA  
TRAUMA ABDOMINAL COM PROBABILIDADE CIRÚRGICA SEM INSTABILIDADE HEMODINÂMICA - PACIENTES INSTÁVEIS  
(EXAME CONTRA-INDICADO)  
CATÁSTROFE VASCULAR? INFARTO INTESTINAL?  
CEFALÉIA REFATÁRIA + DÉFICIT FOCAL - DISSECÇÃO DE AORTA? TEP AGUDO  
REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA A ESCLARECER - TCE GRAVE (ECG <12) - DÉFICIT NEUROLÓGICO FOCAL

LAUDO IMEDIATO - 3 HORAS - (MEDIANTE CONTATO MÉDICO E DISCUSSÃO DO CASO TEMPO PODE SER ENCURTADO)  
 URGÊNCIA RELATIVA -

APENDICITE, DIVERTICULITE, DOR ABDOMINAL REFATÁRIA A ANALGESIA PLENA OU DISTENSÃO E VÔMITOS  
REFATÁRIA A SNG. CEFALÉIA REFATÁRIA, DÉFICIT NEUROLÓGICO FOCAL PERSISTENTE

LAUDO ENTRE 3 - 12 HORAS (MEDIANTE CONTATO MÉDICO E DISCUSSÃO DO CASO O TEMPO PODE SER ENCURTADO)

NÃO URGENTE -  
PESQUISA DE COLEÇÕES E FISTULA PÓS-OPERATÓRIO, PACIENTES INTERNADOS QUE NÃO PREENCHEM CRITÉRIOS  
DE EXTREMA URGÊNCIA E URGÊNCIA RELATIVA

LAUDO EM ATÉ 24 HORAS

**TODOS OS EXAMES SERÃO LAUDADOS PORTANTO SOLICITAR SOMENTE URGÊNCIAS/ CASOS GRAVES  
OS PEDIDOS SEM INDICAÇÃO OU CONFORMIDADE COM ESTE FORMULARIO SERÃO CANCELADOS  
DEPENDENDO DA INDICAÇÃO DO EXAME ELE PODE SER RECLASSIFICADO OU REAGENDADO PRA  
OUTRO HORÁRIO OU DIA DEPENDENDO DA GRAVIDADE DO PACIENTE E DISPONIBILIDADE DO SERVIÇO**

**OS PEDIDOS DE TC SEGUINTE NÃO SERÃO ACEITOS:**

COLECISTITE (USG), DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (USG), ITU (CLÍNICA), E LOMBALGIA (SEM TRAUMA)  
SINUSITE (CLÍNICA E TRATAMENTO EMPÍRICO)  
CEFALÉIA SIMPLES / TCE LEVE(SOMENTE CASO DESCrito O TRATAMENTO REALIZADO E POR QUANTO  
TEMPO - DESCREVER NA FICHA) COMBINAÇÃO DE MEDICAÇÕES EM DOSE PLENA (ANALGÉSICOS + AINES)  
ENXAQUECA \*  
DOR ABDOMINAL SIMPLES\* - SOMENTE DOR ABDOMINAL REFATÁRIA - DESCREVER TRATAMENTO EV  
REALIZADO E/ OU MEDIDAS AUXILIARES (SNG)  
AVALIAR ÚTERO, TIREÓIDE, DOR PÉLVICA GINECOLÓGICA (SEM USG PRÉVIO)  
RASTREIO DE CÂNCER NA URGÊNCIA (SÓ INTERNADO E AGENDADO)  
TC DE TÓRAX E/ OU EXTREMIDADES SEM RX PRÉVIOS  
TC DE TÓRAX PRA DIAGNÓSTICO DE PNM (DIAG CLÍNICO E RX), DPOC (CLÍNICO E SPIROMETRIA)  
TC DE CORPO INTEIRO OU DE VÁRIOS SEGMENTOS (PRINCIPALMENTE POLITRAUMAS LEVES)

CARO COLEGA MÉDICO - QUALQUER DÚVIDA/ NECESSIDADE DE LAUDO OU DISCUSÃO ALGUM CASO /  
INDICAÇÃO DE EXAME - CONTACTE O RADIOLISTA DE PLANTÃO

DR DANIEL AZEVEDO 981069868 DR JEAN MEDEIROS 981199000 DR JULIANO 991121777 DRA LARISSA 981050299 DR MARCELO  
981110066 DRA MARIA CLAUDIA 981120166

## EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Paciente: João Pedro dos Santos	Leito: J39-2	Data: 22/10/3 /2020	

Localização			Região: <input checked="" type="checkbox"/> M 5 C	Região: <input type="checkbox"/> I 6
	<input type="checkbox"/> Grau: I ( )	<input checked="" type="checkbox"/> II ( )	<input type="checkbox"/> Grau: I ( )	<input type="checkbox"/> II ( )
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* ( )	<input type="checkbox"/> Queimadura ( )	<input type="checkbox"/> Cirurgia ( )	<input type="checkbox"/> DM ( )
	<input type="checkbox"/> Trauma : <input checked="" type="checkbox"/> Fracção	<input type="checkbox"/> Fixador Externo ( )	<input type="checkbox"/> Vascula	<input type="checkbox"/> Vascular
	<input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Outro:	
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra ( )	<input type="checkbox"/> Esfacelo ( )	<input type="checkbox"/> Granulação ( )	<input type="checkbox"/> Epitelização ( )
	<input type="checkbox"/> Ferida fechada ( )	<input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda ( )	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Outros _____
	<input type="checkbox"/> Normal ( )	<input type="checkbox"/> Macerado ( )	<input type="checkbox"/> seca ( )	<input type="checkbox"/> Eritema / Rubor ( )
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Outro:	
	<input type="checkbox"/> Purulento ( )	<input type="checkbox"/> Seroso ( )	<input type="checkbox"/> Sanguinolento ( )	<input type="checkbox"/> Serossanguíneo ( )
	<input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Seco
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Outro:	
	<input type="checkbox"/> Molhado ( )	<input type="checkbox"/> Úmido ( )	<input type="checkbox"/> Seco ( )	<input type="checkbox"/> Seco ( )
	<input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Seco
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% ( )	<input type="checkbox"/> Clorexidina 2% ( )	<input type="checkbox"/> Álcool 70% ( )	<input type="checkbox"/> Clorexidina 2% ( )
	<input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Hidrogel ( )	<input type="checkbox"/> Álcool 70% ( )
	<input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Gaze ( )	<input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase ( )
Solução de Limpeza	<input type="checkbox"/> Gaze ( )	<input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase ( )	<input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata ( )	<input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata ( )
	<input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Hidrogel ( )	<input type="checkbox"/> Hidrogel ( )
	<input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Gaze ( )	<input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase ( )
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> Gaze ( )	<input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase ( )	<input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata ( )	<input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata ( )
	<input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Hidrogel ( )	<input type="checkbox"/> Hidrogel ( )
	<input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Gaze ( )	<input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase ( )
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 ( )	<input checked="" type="checkbox"/> Diário ( )	<input type="checkbox"/> 48/48h ( )	<input type="checkbox"/> 12/12 ( )
	<input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Diário ( )
	<input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Diário ( )
Profissional que realizou procedimento:	<input type="checkbox"/> Vanessa da Silva Moraes	<input type="checkbox"/> Larissa Alves Moraes	<input type="checkbox"/> Vanessa Rodrigues	<input type="checkbox"/> Vanessa Rodrigues
	<input type="checkbox"/> Técnica Enfermagem	<input type="checkbox"/> Técnica Enfermagem	<input type="checkbox"/> COREN-RR 965.152 TE	<input type="checkbox"/> COREN-RR 965.152 TE
	<input type="checkbox"/> COREN-RR 1.247.428 - TF	<input type="checkbox"/> COREN-RR 1.247.428 - TF	<input type="checkbox"/> COREN-RR 415.572 - AF	<input type="checkbox"/> COREN-RR 415.572 - AF
Observações:				

SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>				
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				2 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES			
<b>Identificação do Paciente</b>							
5 - NOME DO PACIENTE <i>Tutu Polino Neto Santos</i>				6 - N° DO PRONTUÁRIO			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO 02/05/1993		9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Maria das Graças Braga das Santas</i>				11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 915919162692150 N° DO TELEFONE			
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) <i>Dua S-22 BIS Santa Luzia</i>				14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF RJ	16 - CEP 242
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA BV				17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>fx diarreia de fome</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>ato crônico.</i>							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>fx e exames físicos.</i>							
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>osteite de fx fratura</i>		21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>Osteite de fx fratura</i>			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Osteite de fx fratura</i>		26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO ( <input type="checkbox"/> ) CNS ( <input type="checkbox"/> ) CPF	
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 23/03/2020		32 - ASSINATURA E CARIMBO(N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Bruno Vieira CRM 1231 RR</i>		33 - CNPJ DA SEGURADORA	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Bruno Vieira Recôncio</i>		34 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		35 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		36 - N° DO BILHETE	
37 - SÉRIE		38 - DOCUMENTO ( <input type="checkbox"/> ) CNPJ EMPRESA		39 - CNAE DA EMPRESA		40 - CBOR	
41 - CBOR		42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( <input type="checkbox"/> ) EMPREGADO ( <input type="checkbox"/> ) EMPREGADOR		43 - AUTÔNOMO ( <input type="checkbox"/> ) DESEMPREGADO		44 - APOSENTADO ( <input type="checkbox"/> ) NÃO SEGURADO	
<b>AUTORIZAÇÃO</b>							
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR ( <input type="checkbox"/> ) CNS ( <input type="checkbox"/> ) CPF		47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 23/03/2020		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) 0408050519 S773	
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR							

12,3

V199



BOLETIM OPERÁRIO

Data: 23/03/20 O.S.

Pós op de fêmur

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de fêmur

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO: Descolamento do suporte do fêmur

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIANO: DANILO

1º auxiliar: Rogério

2º AUXILIAR: Fábio Ribeiro

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR: Bruno

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Abertura em DDH sob anestesia;
- 2) ATI + CCE;
- 3) Incisão longitudinal lateral da coxa (c) + artéria femoral profunda + foco trapezoidal + remoção óssea + coluna  
útero + placa JCP 4.5 + parafusos + cimento metálico;  
útero + LME + futura por pente + cimento;
- 4) AP RPA.

Bruno Vieira  
CRM 1231 RR  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia



## FICHA DE ANESTESIA

Socio filhos dos Santos Nascimentos 24 anos.

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO #Tentanil 100 mg x 3

N° 3999 V. 100- 20-

23.03.2020

Tentativa 100m³/24h  
Sustitución 5m³/h

	8:00	9:00	10:00		
A.GENTES	N 20 02	15 30 45	15 30 45	15 30 45	15 30 45
LÍQUIDOS VENOSOS	A V E ?	<u>SF</u> 500ml TAB	<u>SF</u> 500ml TAB	<u>SF</u> 500ml TAB	<u>SF</u> 500ml TAB
DA X	240	500g + F1 + 600g + 700g			
ULSO *	38	40, 20%, 0,4%, 0,9%, 0,01, 0,01, 0,01, 0,01			
ANEST.	36				
X	34				
OP O	32				
TEMP	30				
ASPIR A	28				
RESP O	26				
	24				
Expon.	22				
- Assis.	20				
Contro					
SIMBOLOS	* 0,1,3,6, 2,3,4			(X)	

GENTES	DOSSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
bupivacaína (P) 12,5 mg SA	-	Tráqueia intubada com barreira líquida simples com intubação espontânea + bloquos do nervo femural e coxígeno.	# Check List + monitorização (SpO <sub>2</sub> + FC + ECG + PAW)
JCOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faringe Naso / Orotраqueal - Cega Bai - Tamp - Calibre do Tubo Sob Máscara	① Antiespica + Atresia da tráquea intubada com álcool à 70% + colocação de campos esterilizados fechados.
ICD			② Funções sombra lés/les com agulha 26G (Quincke) saída de líquor claro, roentgeno + infiltração de bupivacaína (P) 12,5 mg SA
MQUE		Nas	
FO, qd. 2500 ml		Dificuldade Técnica	
TAL		TEMPO DE ANESTESIA	
EXTRAÇÃO			
Istomotomese de natureza de fechar agudo.			
ESTESIA	CÓDIGO	CIRURGÃO	PERDA SANGUÍNEA
H. Fabiano   Residente Anestesia		Dr. Dalton   Dr. Logro	

Istórias de natureza de fáceis segundo.

ESTESIA  
In. Fabian | Residente Andrena

CÓDIGO CIRURGIA

1

DIGO CIRURGÃO  
Dr. Dalton / Dr. Soares

**PERDIA SANGUINEA**

Hemorragia - Análisis

### Determinación de los parámetros

## Encanibus patient spp

③ bloquio do Nervo facial com  
ropivacaína + lidocaina  
etomidado.

④ *Cephaelis woodii*

### ⑤ Рекомендации по мониторингу

⑥ Tenoxicam 40mg qd

② Phospha. iron ..

## PRÉ-ANESTÉSICO

Nome: _____				Enf.: _____	Leito: _____	Serv: _____												
Sexo: _____ Cor: _____ Idade: _____ Peso: _____				Alt: _____ Classe: _____	Data: _____ / _____ / _____	Hora: _____												
Diagn. Pré-OP: _____				Patrol Assoc.: _____														
Cir. Proposta: _____																		
Anest. Ant: _____				Sangue Tipo: _____ Leuc: _____ Ht: _____ Hb: _____														
Alergia: _____				Hm: _____	Ic: _____	ts: _____ p. Laço: _____												
Alcool: _____ Fumo: _____				r. Coag: _____	Pq: _____	Uréia: _____												
DROGAS: (Corticoide, fenotiazinico, hipotensor, narcotrófico, hipótico, digitálico, anticoagulante, diurético, antibiótico, sulfato, cinesopressor, IMAO, outros)				creat: _____	Glic: _____	Na: _____ mEq/l												
Estado Mental: _____ Boca: _____				Cl: _____	mEq/1k: _____	mEq/1pH: _____ pO2: _____												
Pescoco: _____ Velas: _____				pCO2: _____	BA: _____	BB: _____ BS: _____ BE: _____												
RX: _____				URINA: d: _____	pH: _____	glic: _____ Alb: _____												
Feses: _____				Sedim: _____														
Hepatograma: _____				Ap. gen. Uri: _____														
Outros: _____				AP. Resp: _____														
Paracar Clínico: _____				AP. Circ: _____														
PA: _____ Pulso: _____ Temperatura: _____				AP. Digit: _____														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Medicação Prê-Ant.</th> <th>DOSE</th> <th>VIA</th> <th>HORA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				Medicação Prê-Ant.	DOSE	VIA	HORA									Est. Fis (ASA) _____ AN. Proposta _____ NB: _____  Assinatura: _____		
Medicação Prê-Ant.	DOSE	VIA	HORA															

## PÓS-ANESTÉSICOS

<p style="text-align: center;">NA SALA DE RECUPERAÇÃO</p> <p>Data <u>23/03/2020</u> Hora <u>11:00</u></p> <p><u>Encaminho paciente B66, rete eupneico, oculautico. Admitido q para bco de s. pto adms.</u></p> <p><u>obtenha mao caix.</u></p> <p style="text-align: center;">Assinatura: _____</p>	<p style="text-align: center;">NA ENFERMARIA</p> <p>Data _____ / _____ / _____ Hora _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Assinatura: _____</p>
---	---



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA		
José Pedro dos Santos Nascimento 946	119-2		23/03/2020		
CIRURGIA					
TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO				
Intervenção de Erat. Fêmea	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL		
	8:20	09:55			
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO Dr. Rogerio	ANESTESISTA:	Dr. Fabiano			
1º AUXILIAR Dr. Danson	RES. ANESTESIA:	Dr. Anacleto			
2º AUXILIAR Dr. Fernando PZ	INSTRUMENTADOR				
CIRCULANTE		Adm. Jettex			
TIPO DE ANESTESIA: Rocau + Algozil + Dr. Fernando		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
20	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		000	FRASCOS- SORO FÍSIOLOGICO 500ml	
000	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
7	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº 4	
	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2-0	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURI Nº 22			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº		1	FIO PROLENE Nº 6 cateter de 02	
	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDA Nº 4 Atadura 30cm	
	SERINGA 01ML	150ml		SURGICEL	
	SERINGA 03ML	30ml		GERA PI OSSO	
	SERINGA 05 ML	1	1	KIT CATARATA Nº 1000pi Lentes	
1	SERINGA 10ML	1		GEOFOAM	
1	SERINGA 20ML	1		FITA CARDIACA	
	160ml			OUTROS: Topico + Alcool	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE J. Celma Erika	MATERIAL MEDICAMENTOS			VALOR
		SUB- TOTAL			45
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA			
		TAXA DE ANESTESIA			
		SOMA			
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE			



ESTADO DE RORAIMA  
"AMAZONIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

## **CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS**

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS					
Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	Especialidade: 10.10 Pediatra	Procedimento Realizado: Atendimento Pediátrico E			
Nome do Paciente: Pedro dos Santos	24	IDADE: 24	SEXO: F ( ) M (x)	Nº do Prontuário	Data 23/10/2020
Bloco: A	Enfermaria: 119	Leito: 02	Nº da Sala 4	Circulante de Sala: Jetro e Adewilton	
CAIXAS/EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: 6 Raund F Ralimenta					

### **Dados dos materiais/Serviço**

## Hospital Geral de Roraima /

ITEM	DADOS ADICIONAIS	MARCA:
	DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANT
1	Pincel sibinor DCP A	01
2	Perfume infantil N° 38 F N° 32 A N° 40 G N° 96 / 421	02
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50		
51		
52		
53		
54		
55		
56		
57		
58		
59		
60		
61		
62		
63		
64		
65		
66		
67		
68		
69		
70		
71		
72		
73		
74		
75		
76		
77		
78		
79		
80		
81		
82		
83		
84		
85		
86		
87		
88		
89		
90		
91		
92		
93		
94		
95		
96		
97		
98		
99		
100		
101		
102		
103		
104		
105		
106		
107		
108		
109		
110		
111		
112		
113		
114		
115		
116		
117		
118		
119		
120		
121		
122		
123		
124		
125		
126		
127		
128		
129		
130		
131		
132		
133		
134		
135		
136		
137		
138		
139		
140		
141		
142		
143		
144		
145		
146		
147		
148		
149		
150		
151		
152		
153		
154		
155		
156		
157		
158		
159		
160		
161		
162		
163		
164		
165		
166		
167		
168		
169		
170		
171		
172		
173		
174		
175		
176		
177		
178		
179		
180		
181		
182		
183		
184		
185		
186		
187		
188		
189		
190		
191		
192		
193		
194		
195		
196		
197		
198		
199		
200		
201		
202		
203		
204		
205		
206		
207		
208		
209		
210		
211		
212		
213		
214		
215		
216		
217		
218		
219		
220		
221		
222		
223		
224		
225		
226		
227		
228		
229		
230		
231		
232		
233		
234		
235		
236		
237		
238		
239		
240		
241		
242		
243		
244		
245		
246		
247		
248		
249		
250		
251		
252		
253		
254		
255		
256		
257		
258		
259		
260		
261		
262		
263		
264		
265		
266		
267		
268		
269		
270		
271		
272		
273		
274		
275		
276		
277		
278		
279		
280		
281		
282		
283		
284		
285		
286		
287		
288		
289		
290		
291		
292		
293		
294		
295		
296		
297		
298		
299		
300		
301		
302		
303		
304		
305		
306		
307		
308		
309		
310		
311		
312		
313		
314		
315		
316		
317		
318		
319		
320		
321		
322		
323		
324		
325		
326		
327		
328		
329		
330		
331		
332		
333		
334		
335		
336		
337		
338		
339		
340		
341		
342		
343		
344		
345		
346		
347		
348		
349		
350		
351		
352		
353		
354		
355		
356		
357		
358		
359		
360		
361		
362		
363		
364		
365		
366		
367		
368		
369		
370		
371		
372		
373		
374		
375		
376		
377		
378		
379		
380		
381		
382		
383		
384		
385		
386		
387		
388		
389		
390		
391		
392		
393		
394		
395		
396		
397		
398		
399		
400		
401		
402		
403		
404		
405		
406		
407		
408		
409		
410		
411		
412		
413		
414		
415		
416		
417		
418		
419		
420		
421		
422		
423		
424		
425		
426		
427		
428		
429		
430		
431		
432		
433		
434		
435		
436		
437		
438		
439		
440		
441		
442		
443		
444		
445		
446		
447		
448		
449		
450		
451		
452		
453		
454		
455		
456		
457		
458		
459		
460		
461		
462		
463		
464		
465		
466		
467		
468		
469		
470		
471		
472		
473		
474		
475		
476		
477		
478		
479		
480		
481		
482		
483		
484		
485		
486		
487		
488		
489		
490		
491		
492		
493		
494		
495		
496		
497		
498		
499		
500		
501		
502		
503		
504		
505		
506		
507		
508		
509		
510		
511		
512		
513		
514		
515		
516		
517		
518		
519		
520		
521		
522		
523		
524		
525		
526		
527		
528		
529		
530		
531		
532		
533		
534		
535		
536		
537		
538		
539		
540		
541		
542		
543		
544		
545		
546		
547		
548		
549		
550		
551		
552		
553		
554		
555		
556		
557		
558		
559		
560		
561		
562		
563		
564		
565		
566		
567		
568		
569		
570		
571		
572		
573		
574		
575		
576		
577		
578		
579		
580		
581		
582		
583		
584		
585		
586		
587		
588		
589		
590		
591		
592		
593		
594		
595		
596		
597		
598		
599		
600		
601		
602		
603		
604		
605		
606		

## DICO CIRUGIÃO:

### 1º AUXILIAR:

### STRUMENTADOR:

**n**presa ( )

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

## CO CIRUGIÃO:

### 1º AUXILIAR:

DOCUMENTADOR:

PRONTUÁRIO DO PACIENTE

IE/CME

## Cartão Nacional de Saúde - CNS

Sr. JOAO PEDRO DOS SANTOS NASCIMENTO,

Parabéns! Seus dados já constam no Sistema Único de Saúde - SUS.

Informe, seu número de CNS quando usar a rede do Sistema Único de Saúde – SUS.  
Recorte o Cartão abaixo e use-o normalmente. Ele vale em todo o território nacional.





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

### RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE João Pedro dos Santos Nascente, 24 ANOS,  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 13/03/2020 COM  
DIAGNÓSTICO DE FRACTURA DA TÍbia e Fíbula (E)

NO DIA 13/03/2020, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
ESTABILIZAÇÃO da Fratura tibial e fibular de fêmur (E) Sendo  
OPERADO PELO DR. Rogério Dias E DR. Danson

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 24/03/2020 AS 11h EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 1/1, AS 09 SEMANAS, COM O  
DR. (Danson) Rogerio Dias

#### ORIENTAÇÕES GERAIS:

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR DANSON

BOA VISTA, 24/03/2020

Dr. Lael do Santos da Silva  
Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2015

<b>LAUDO PARA SOLICITACAO DE AUTORIZACAO</b>		<b>DE INTERNACAO HOSPITALAR</b>	
Identificacao do Paciente		Identificacao do Estabelecimento de Saude	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE 2 - CNES 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE 4 - CNES		5 - NOME DO PACIENTE 6 - N° DO PRONTUARIO 7 - CARTAO MAGNETICO DE SAUDE (CNS) 8 - DATA DE NASCIMENTO 9 - SEXO 10 - NOME DA MAE OU RESPONSAVEL 11 - TELEFONE DE CONTACTO 100 12 - ENDERECO (RUA, N°, BARRA) _____ 13 - MUNICIPIO DE RESIDENCIA 14 - COD. IBGE MUNICIPIO 15 - UF 16 - CEP 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS 18 - CONDIÇOES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
PROCEDIMENTO SOLICITADO		PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 25 - CODIGO DO PROCEDIMENTO 26 - CLINICA 27 - CARACTER DA INTERNACAO 28 - DOCUMENTO 29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 31 - DATA DA SOLICITACAO 32 - ASSINATURA E CARMIBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		33 - ( ACIDENTE DE TRABALHO TIPICO 34 - ( ACIDENTE DE TRABALHO NAO TIPICO 35 - ( ACIDENTE TRABALHO COM A PREVIDENCA 36 - ( VINCULO COM A PREVIDENCA 37 - CNPJ DA SEGUARDORA 38 - CNPJ DA SEGUARDADO 39 - CNPJ EMPRESA 40 - CNAE DA EMPRESA 41 - CBO 42 - ( EMPREGADO 43 - ( EMPREGADOR 44 - CODIGO EMISSOR 45 - DOCUMENTO 46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 47 - DATA DA AUTORIZACAO 48 - ASSINATURA E CARMIBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
AUTORIZACAO			



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		DIH	13/03/2020	DN	02/05/1995
PACIENTE	JOAO PEDRO DOS SANTOS NASCIMENTO				
DIAGNÓSTICO	FRATURA DIAFISÁRIA DE FEMUR ESQUERDO				
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	24	LEITO	<u>119-2</u>	DATA	27/03/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				
4	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN				
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
6	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
7	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IM				
8	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
10	CURATIVO				
11	SSVV + CCGG 6/6H				
12	ALTA HOSPITALAR				
13	<u>SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: <b>2UI</b> ; 251-300: <b>4UI</b> ; 301-350: <b>6UI</b> ; 351-400: <b>8UI</b> ; ≥ 400: <b>10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b>				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS , SEM QUEIXAS ÁLGICAS. <u># EXAME FÍSICO</u> : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS. FO LIMPA E SECA. FEITO RX DE CONTROLE					
<i>ALTA HOSPITALAR</i>					

SINAIS VITAIS				LAE SILVA MÉDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM 2015 RR
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H				
24 H				

119-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA  
SERVICO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	Jairo Antônio Neto Janer		
AGNÓSTICOS	Tx Férula (2) DIAFÍSARIS		
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO	DATA	23/03/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO		
1	DIETA ORAL LIVRE		HORÁRIO
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO		SND
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	14:12h	Morning
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		12:18 12:00
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIÁ		12:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	(SN)	14:00
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	(SN)	14:00
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	(SN)	14:00
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	(SN)	14:00
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	(SN)	—
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H		—
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	(SN)	—
13	SSVV + CCGG 6/6 H	(SN)	—
14	CURATIVO DIÁRIO		Rolinha União
15	Cetimacine 1g 12/12h		10:22h
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

feto medicado  
com in  
unha estabil.

## EVOLUÇÃO MEDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

# EXAME FÍSICO: BEG, ACIÁNOTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORÓDO, HIDRATADO.

# SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

# PREVISÃO DE ALTA:

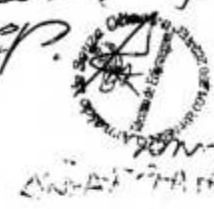
Domingo dia 22/03/2020  
Tentativa de  
Carenagem

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	125x68	88	20	35°C
18 H	133/89	92		35°C
24 H				

Bruno Vieira  
CRM 1231 RR  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
MEDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

18/03/2020  
feto medicado  
com in  
unha estabil.  
Carenagem (44007585)

Plantes d'herbes 23/10/2020  
Redwicks Meadow +  
5100 feet m.s.n.m.



2000 ft above sea level  
(3) meadow x 7

observations

Herbs 000

on the grass meadows



## LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

### ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

### ANTES DA INCISÃO

### ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome José Sávio de Souza Anestesista Dr. Gobino  
Responsável Cirurgião Dr. Gobino

#### **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 CONCLUÍDA

##### OXIMENTRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

##### 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

##### O PACIENTE POSSUI:

- ALERGIA 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

André Luiz

Assinatura

Data 23/03/2022

Hora: 09:45

#### **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

#### **SAÍDA** (Sala Pós-Operatória)

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

- Sim  Não

##### 1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

- Sim  Não

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

- Sim  Não  Não se Aplica

##### 3- COMO A AMOSTRA PARA 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

##### A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

- Não se aplica  
( Sim, Qual: caixas Hora: 8:30

##### AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

- Sim  
 Não se aplica

André Luiz  
Assinatura e Carimbo

Carimbo

# SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA PRATICAS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA



CENTRO CIRÚRGICO/SRPÁ

Enfermeiro (a): Jocelmo Andrade Data: \_\_\_\_\_

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

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
				HORÁRIO E CHECAGEM	
<input checked="" type="checkbox"/> Risco de Queda Prevenir queda	( ) Manter grades elevada na RPA			<input checked="" type="checkbox"/>	12 14
( ) Risco de Broncoaspiração Prevenir Broncoaspiração	( ) Monitor nível de Consciência reflexo de tosse, náuseas e capacidade de deglutir na RPA			<input checked="" type="checkbox"/>	12 14
<input checked="" type="checkbox"/> Risco de Infecção Prevenir infecção evitável	( ) Observar condição de incisão cirúrgica e cateteres a cada 15 minutos na primeira hora e sucessivamente a cada 30 minutos ( ) Monitorar sinais e sintomas de infecção ( edema, hiperemia, calor, rubor e hipertermia) ( ) Monitorar temperatura e comunicar alterações ( ) Monitorar sinais e sintomas de hipotermia (queda de temperatura, tremor) e de hipertermia (aumento de temperatura, rubor facial e sudorese)			<input checked="" type="checkbox"/>	12 14
( ) Risco de Desequilibrio do Volume de Líquidos Manter o equilíbrio hidrático, eletrólítico e ácido – básico	( ) Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca) ( ) Realizar controle de débito de glicemias capilar, se prescrita. Comunicar se abaixo se 65 mg/dl acima de 150 mg/dl			<input checked="" type="checkbox"/>	12 14
( ) Risco de Glicemias Instável Prevenir ocorrências de hiperglicemias e de hipoglicemias	( ) Observar condições da pele do paciente e comunicar alterações ( ) Observar condições do curativo e comunicar presença de sangramento / secreções			<input checked="" type="checkbox"/>	12 14
<input checked="" type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada Propiciar a recuperação adequada da pele	( ) Proporcionar alinhamento do corpo do paciente			<input checked="" type="checkbox"/>	12 14
<input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade Física prejudicada	( ) Observar alterações de sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e respiração) ( ) Administrar medicação conforme prescrição médica			<input checked="" type="checkbox"/>	12 14
<input checked="" type="checkbox"/> Dor aguda Controle da dor e promover conforto	( ) Observar padrão respiratório (frequência e amplitude) e anotar ( ) Instalar cateter de O2 conforme prescrição médica			<input checked="" type="checkbox"/>	12 14
( ) Padrão Respiratório Ineficaz Proporcionar troca gásosa adequada e manter permeabilidade das vias aéreas	( ) Observar, anotar e comunicar queixas de náuseas ( ) Administrar os medicamentos antieméticos, conforme prescrição ( ) Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente			<input checked="" type="checkbox"/>	12 14
<input checked="" type="checkbox"/> Náuseas Controle / Ausência de náusea	( ) Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente ( ) Orientar paciente / família sobre os cuidados no pós operatório				
<input checked="" type="checkbox"/> Ansiedade Controle de ansiedade					
( ) Confusão Aguda / Crônica					
( ) Comunicação Verbal prejudicada					
<b>ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM</b>					
Pac. operado na SO ou V1. Fazendo as dicas (E) não conseguimos. As táticas para instaurar sono - 2 S2A.					
Responsável: <u>J. De Souza</u>					

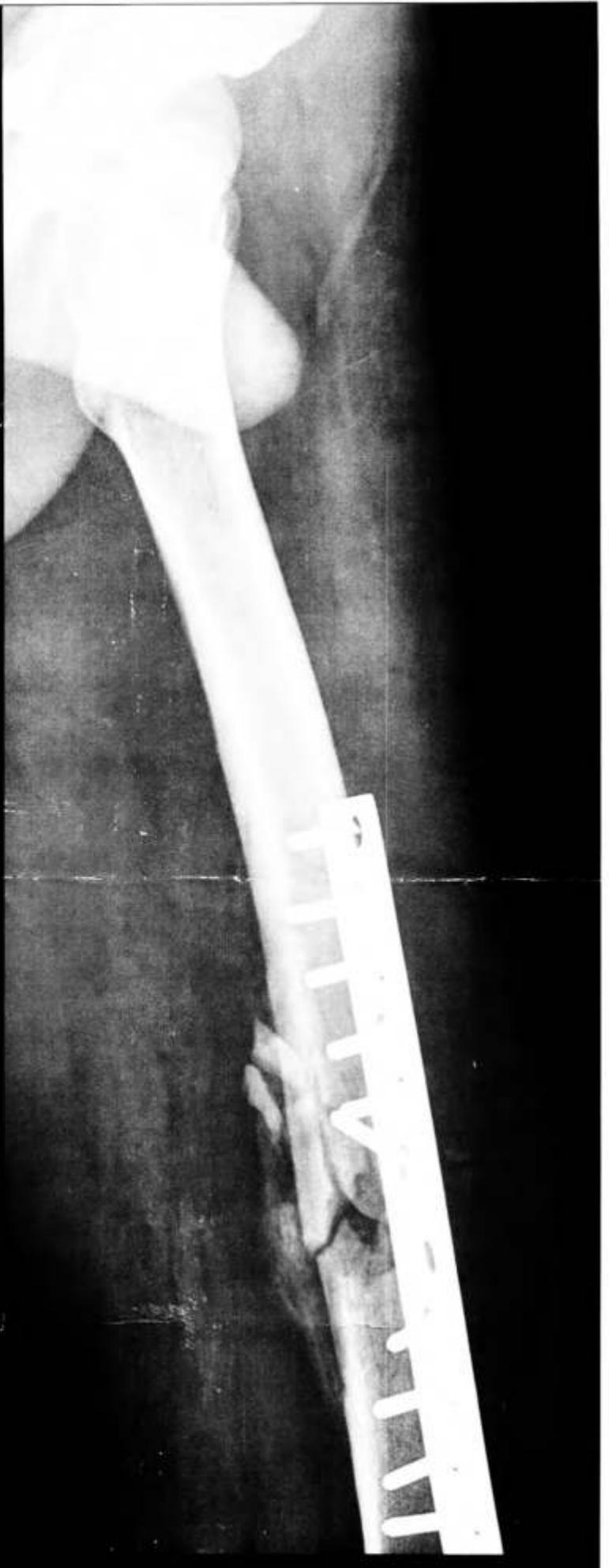
Setor/Leito: HQ/102JData: 23/03/2020

Termo de Consentimento Cirurgia: ( ) Sim ( ) Não

Termo de Consentimento Anestesia: ( ) Sim ( ) Não

**DADOS PRÉ-OPERATÓRIO****INTRA-OPERATÓRIO****SRA****Sinais Vitais**

Cirurgia Proposta: Fractura Tíbia	Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia	Anestesia	Cirurgia	Horário	T	FC	PA	SPO2	ADRE- TE	DOR 0/10
1. Informações: Prótese ( ) Sim ( ) Não	7:45	7:55	8:20	9:55	10:10	Blaescans	Fratura Tíbia	0'	/	75	105/60	97	0,9	0
Exames ( ) Sim ( ) Não														
Reserva UTI ( ) Sim ( ) Não														
Lateralidade ( ) Sim ( ) Não														
PNE ( ) Sim ( ) Não														
Alergia ( ) Sim ( ) Não														
Outros: _____														
2. Chegou ao Centro Cirúrgico: (1) Deambulando (2) Consciente (3) Com Suporte de O2 (4) TOT (5) Agitado														
Reserva de Hemoderivado: (1) Sim ( ) Não														
Outros: _____														
3. Sinais Vitais: T <u>36,5</u> °C R <u>16</u> rpm FC <u>76</u> bpm PA <u>105/60</u> mmhg SAT <u>98</u> %														
4. Anotações (Admissão do Paciente): Na CE 45h - Náuseas paciente na SOA em rot. exponencial da OR. Frotosa. Diagnóstico: Tumor Exógeno.														
11. TOT ( ) Não ( ) Sim N° _____														
12. SVD ( ) Não ( ) Sim N° _____														
13. Outros: _____														
5. Sinus Vtais: Saída da SO														
T <u>36,5</u> °C R <u>16</u> rpm FC <u>76</u> bpm PA <u>105/60</u> mmhg SAT <u>98</u> %														
6. Cateter O2 C														
7. Vendicise C														
8. Dreno														
9. SNG/SNE														
10. Garrote														
11. Entrada														
12. Saída														
13. ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)														
10:10 Paciente Osteomartígio na SPPA, em POZ de extensão total da Fratura de Femur, com a fratura de não consolidação Blascanas, fermeado lateralmente com Cálculo de Ossos desossificante lateral; Fx com luxação de clavos temporais. Ver MSL em MSD. Apesar de não haver inflamação, não pôde														



JOAO PEDRO DOS SANTOS NASCIMENTO 3843

HOSPITAL CORONEL MOTA

Vision

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Polegar Direito



William gonçalves franco

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPEDIÇÃO:

13/10/2016

REGISTRO GERAL

239717

NOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATIVIDADE

SANTA INÊS - MA

DOC. ORIGEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

AMADEU ROCHA TRIANI

Portaria Presidencial do Município de Boa Vista - RR

2 VIA

DATA DE NASCIMENTO

09/12/1978

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 1



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200257450      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO PEDRO DOS SANTOS      **Data do acidente:** 13/03/2020      **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A  
NASCIMENTO

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 28/07/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE DIÁFISE DE FÊMUR ESQUERDO. P 2

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P 30, 44 ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0202670/20

**Vítima:** JOAO PEDRO DOS SANTOS NASCIMENTO

**CPF:** 026.660.212-62

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 13/03/2020

**Titular do CPF:** JOAO PEDRO DOS SANTOS NASCIMENTO

**Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

### JOAO PEDRO DOS SANTOS NASCIMENTO : 026.660.212-62

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/07/2020  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/07/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE :

NOME: José Pedro dos Santos Nascimento  
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro  
PROFISSÃO: Químico RG: 27.1633.558-PP  
CPF: 026.660.212-62 ENDEREÇO: R. S 22 1315 Santa Tereza  
BAIRRO: Santa Tereza CIDADE: \_\_\_\_\_  
CEP 69.317-770

VITIMA: José Pedro dos Santos Nascimento  
CPF: 026.660.212-62 DATA DO ACIDENTE: 33 de Março 2020  
NATUREZA: ( ) DAMS (X) INVALIDEZ ( ) MORTE

### OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves Ferreira  
NACIONALIDADE: Brasileiro  
ESTADO CIVIL: casado  
PROFISSÃO: Químico  
Nº DO RG: 239714 ÓRGÃO EMISSOR: SSP- PR  
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16  
Nº CPF: 825.396.343-20  
ENDEREÇO: Rua CC 11, 294 Lauro Moreira

### PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por invalides a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Bauru-SP, 05 de junho de 2020

José Pedro dos Santos Nascimento  
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0202670/20

**Vítima:** JOAO PEDRO DOS SANTOS NASCIMENTO

**CPF:** 026.660.212-62

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 13/03/2020

JOAO PEDRO DOS

SANTOS NASCIMENTO

**Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

### JOAO PEDRO DOS SANTOS NASCIMENTO : 026.660.212-62

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/07/2020  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/07/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO