

---

**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

**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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 056.660.912-62 3 - CPF da vítima: 036.660.912-62 4 - Nome completo da vítima: João Pedro dos Santos

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

5 - Nome completo: João Pedro dos Santos 6 - CPF: 036.660.912-62

7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: R: 5-22 9 - Número: 1315 10 - Complemento:

11 - Bairro: Santa Luzia 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317-170

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 9913-3855

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: ☒ R\$0,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 00073290

(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 futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

Estou ciente de que a Seguradora 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

impressão digital da vítima ou beneficiário não é obrigatório

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

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

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Boa Vista, RR 03 de julho de 2022

João Pedro dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gomes Calves

Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA 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 Arruda 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 Guianas

Nº: S/N

Ponto de Referência: Rodoviária 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

Logradouro: R IV

Nº: 55

Complemento: CASA

Bairro: CAMBARA

CEP: 69.313-332

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 RENAINF - ALIENACAO_FIDUCIARIA_FILE_VEICULOS - RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEICULOS
Nome Envolvido	Envolvimentos
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 UP 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, da 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 auxilie 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 regate 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-Denúnciação 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 o(a) único(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-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 056.660.912-62 3 - CPF da vítima: 036.660.912-62 4 - Nome completo da vítima: João Pedro dos Santos

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

5 - Nome completo: João Pedro dos Santos 6 - CPF: 036.660.912-62

7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: R: 5-22 9 - Número: 1315 10 - Complemento:

11 - Bairro: Santa Luzia 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317-170

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 9913-3855

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: ☒ R\$0,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

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

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 00073290

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

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

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não afetar laudo

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

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

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

38 - 1º Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista, RR 03 de julho de 2022

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): João Pedro dos Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver): William Gomes Calves

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: 000000073290-0

---

Nr. da Autenticação 67CD4270EF9A5DE1



Roraima Energia S.A.  
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.841.470/0001-44 | Inscrição Estadual: 24.007.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Para contato  
consulte informe  
este número



Nº da Nota Fiscal 003638803

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.458 de 26 de abril de 2002.

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019	01/10/2019	114	95,13

MARIA DAS GRACAS BRAGA DOS SANTOS

R. S 22 1315 SANTA LUZIA

CPF: 00057192529249

CEP: 69.317-170 - BOA VISTA

ROT: 28.001.26.21.048450

DADOS DA LEITURA		kWh	kVarh	DATAS DA LEITURA	
Atual:		10302		Atual:	12/09/2019
Anterior:		10188		Anterior:	14/08/2019
Constante de Multiplicação:		1,000		Próxima Leitura:	12/10/2019
Consumo Medido:		114		Emissão:	11/09/2019
Consumo Faturado:		114	FCAM	Apresentação:	12/09/2019

Resumo do Consumo	NORMAL	Consumo Faturado	29
-------------------	--------	------------------	----

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Media 12 meses
RESID. BX. RENDA	MONO	1150/35572	11-08924	114-111	115

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
AGO/19 113	CONSUMO 30 A R\$ 0,262660 = 7,87
JUL/19 134	70 A R\$ 0,450269 = 31,51
JUN/19 111	14 A R\$ 0,675410 = 9,45
MAI/19 175	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA = 38,50
ABR/19 176	CORREÇÃO MONETÁRIA IG 07/19-00 0,41
MAR/19 115	MULTA POR ATRASO DE I 07/19-00 1,27
FEV/19 106	JUROS DE MORA POR ATR 07/19-00 0,35
JAN/19 118	MULTA POR ATRASO 07/19-00 1,25
DEZ/18 91	JUROS DE MORA DE INPO 07/19-00 0,52
NOV/18 113	ILUMINAÇÃO PÚBLICA 42,50

#### MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R\$	Observações
03/2019	93,90	Unidade consumidora sujeita a processo de inclusão de energia elétrica a partir de 21/03/2019. Não obstante, por não ter sido inscrita no cadastro de consumo de energia elétrica, não houve o faturamento de energia elétrica a partir de 21/03/2019.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 8 21 10 21 26

RESERVADO AO FISCO 6764.D0B5.6AA9.8C51.9F11 C3EB.3B0F.DF34

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	12,54	Base de Cálculo:	48,83
Energia:	76,55	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	3,00	Valor do ICMS:	8,30
Encargos:	1,37	Valor do PIS:	0,01
Tributos:	8,37	Valor do COFINS:	0,06

INDICADORES DE CONTINUIDADE					
Índice de Continuidade	Índice de Qualidade	Índice de Satisfação	Índice de Eficiência	Índice de Segurança	Índice de Sustentabilidade
8,35	17,70	55,40	8,46	16,92	33,84
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DISTRITO			07/2019		
			26,17		

**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**

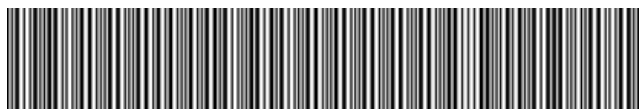
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

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>
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059



**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 de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 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 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, ABERIA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

William Gonçalves Franco

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

João Pedro dos Santos

inscrito (a) no CPF sob o Nº 026.660.212 - 62

do sinistro de DPVAT cobertura Invólido da Vítima João Pedro dos Santos

inscrito (a) no CPF sob o Nº 026.660.212 / 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>299</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Laura Moreira</u>	Cidade: <u>Bom Cristo</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>W.Franco992@gmail.com</u>	CEP: <u>69.318-050</u>	Tel.(DDD): <u>9913-3855</u>

Local e Data:

Bom Cristo RR 07 de julho de 2020

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante



Ortopedia

Dr. Verucut

Pacientes Homem de 60 anos: Contusão e fratura por  
acidente de moto S.I.C. 5/1/1998:

clav + escápula  
radiografias: fratura clavícula de femur (2)  
H.O. 0 resumo

L.O. melhora + lobectomia de pulmão  
consequências tumor + infecção +  
internar

Dr. Odinechi Okeke  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 125417/M

24.03.2020

BLOCO A

SUS Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

R-G-R

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

João Pedro Dos Santos Vasconcelos

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

178066

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

200008088742301

8 - DATA DE NASCIMENTO

02/05/95

9 - SEXO

Masc. ☒

Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Maria das Graças Braga dos Santos

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

95 99 1169 232

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua S-22 1315 Santa Luzia

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BV

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

RR

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente em fratura da femur de fêmur (E)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Internação

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

Ristone + Enema fm + Ristone fm

20 - SÍMBOLO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

fratura

fratura de fêmur (E)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROF

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

B

Pinacaf

13/03/20

Dr. Odmar Okenaka  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 1251/PR

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE

34 - ( ) ACIDENTE

35 - ( ) ACIDENTE

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VINCULO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - Nº DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

12/4/20

0308210019  
T068  
V299  
573

ate 22.3



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



119-2

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	João Pedro dos Santos Nascimento				
AGNOSTIC	Fratura diafragma de fêmur-E				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	DATA		14/03/20	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manter
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				SND
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				02/06/20 20:00
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				23
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				se dor
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				DEM
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				NTF (21/03/20)
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SIN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				J. Soares (8/14/20) SUS PASE
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	Eletrone Hong 5-c 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, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO.  
# SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA  
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
# PREVISÃO DE ALTA:

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

06/15 120/80 FC 58 36°C

06/15 120/80 FC 58 36°C  
falta monitorar a  
pressão arterial  
e a glicemia

Dr. Odinachi Okemir  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia

MEDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Plantão interno 15/03/20  
Pot. acordado, BEG, normotenso,  
SSVV e medicação de rotina.

→ Administrado medicação de horário  
CPM + item 6, paciente com dor intensa;  
verificado SSUV → Tec. Antonia

dia: 15/03/2020 - Plantão diurno

12hrs PA = 120/80 FC = 65 T = 35.2°C

18hrs PA = 140/90 FC = 74 T = 35.8°C


Administrado medicação de horário cpm.  
paciente n/ queixas, SSUV realizado no  
período.


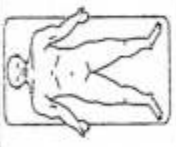
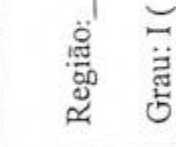
Lucineide A. Lacerda  
Téc. em Enfermagem  
COREN-RR 866.340 TE

17/03/2020 - 18:15 = paciente  
sem PRV, CPM no dia,  
aviso copiado na 11:40h



COPIADO  
17/03/2020  
11:40h

# EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Tratamento de Feridas - HGR	Paciente: <u>Yocío Pedro dos Santos</u>	Data: <u>15/03/2020</u>		
Leito: <u>19-2</u>					

Localização			Região: <u>MI E</u>		Região: _____
Etiologia	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro: _____	Grau: I ( ) II <input checked="" type="checkbox"/>	Grau: I ( ) II ( )		
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros _____	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro: _____			
Pele Perilesional	( ) 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: _____			
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco			
Solução de Limpeza	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Soro Fisiológico 0,9% ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%			
Cobertura primária	( <input checked="" type="checkbox"/> ) 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	( ) 12/12	( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p><b>Renata Silva Rodrigues</b> COREN-RR 415272 - AE</p> </div> <div> <p><b>Elisclara Carvalho Colado</b> Enfermeira Tratamento de Feridas COREN-RR 778.677</p> </div> <div> <p><b>Resingide P. Nunes</b> Téc. em Saúde Bucal COREN-RR 778.677</p> </div> </div>				
Observações:					

119-2

 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						

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	
ITEM								16/03/2020	
1		DIETA ORAL LIVRE						HORÁRIO	
2		AVP						SVD	
3		DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H						mentos	
4		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA						18 24	
5		PLASIL10MG EV 8/8H S/N						20	
6		TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR						5N	
7		SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N							
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 He						16	
15									
		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							

*16 24 12*  
*16*  
*5N*  
*12*  
*16*  
*Paciente*  
*necessária*

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. PACIENTE EM USO DE TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA DIREITA

06h PA=107x63 P=63 T=35,5°C

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	Temp.
12 H	119/68	76	-	35,5°C
18 H	150/90	69	-	-
24 H	107/60	65	-	35,7°C

DON MARTINS  
 MÉDICO RESIDENTE  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
 CRM 2038 RR

07-23h- Paciente no leito, higienizado, administração medicamentosa C.A.M., diurese presente. Sem queixas. Segue sob cuidados da equipe T.C. Enl. Roraima  
 Plantão noturno  
 Pot medicado C.A.M, exceto item 09, pois paciente recusou, alegando que não fez uso do medicamento (Tilatil 20mg).  
*Ros*



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

Eu JOÃO PEDRO DOS SANTOS NASCIMENTO CPF nº 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 médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;

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

6.) Confirmando que recebi explicações, li, compreendo, 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 20 20.

Assinatura do paciente: JOÃO PEDRO DOS SANTOS NASCIMENTO

Responsável: \_\_\_\_\_

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

Nome \_\_\_\_\_

CPF nº: \_\_\_\_\_

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

**Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico**

Confirmando 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. João Franco  
Médico Regulador  
CRM: 129458



Bloco A 119-2  
diarmada

# RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 16/03/2020

PACIENTE: SOA PEDRO DOS SANTOS NASCIMENTO DN: 02/09/95

DIAGNÓSTICOS: FX DIAFISAMA FEMUR (E)

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 ORTOPEDIA 1/22/04/20

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:

BEB, ACC, LOTO, EUNAVIA, CORPO, HIGIENADO

Boa Vista, 16 de MARÇO de 20 20. Hora: 08:20

Dr. Lael Silva  
Médico  
CRM/RR 2015

CRM 2015/122

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE.

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

CRM 1

Assinatura/carimbo do MÉDICO REGULADOR autorizando a transferência do paciente para:

( ) HC ( ) HLI ( ) HMI ( ) OUTRO



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

Eu JOÃO PEDRO DOS SANTOS NASCIMENTO CPF nº 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 médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;

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

6.) Confirmando que recebi explicações, li, compreendo, 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 20 20.

Assinatura do paciente: JOÃO PEDRO DOS SANTOS NASCIMENTO

Responsável:

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

Nome \_\_\_\_\_

CPF nº: \_\_\_\_\_

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

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

Confirmando 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.

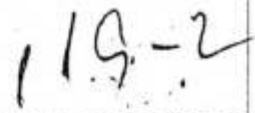
Boa Vista, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_\_

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

Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo do Dr. Paulo Franco Regulador

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



119-2

DIAGNÓSTICOS: FX DIAPHISARIA FEMUR (E)

( ) HC ( ) HLI ( ) HMM ( ) OUTRO \_\_\_\_\_

119-2



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	17/03/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H				
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
5	PLASIL10MG EV 8/8H S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IF				
7	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
10	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				
11	CURATIVO				
12	SSVV + CCGG 6/6H				
13	TILATIL 20 MG 12/12H ( D4 )				
14					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. PACIENTE EM USO DE TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA ES

*[Assinatura]*  
Dr. Bruno Vieira  
CRM 1231 RR  
18 MAR. 2020


OGk. 109x24 R62 T-36.4

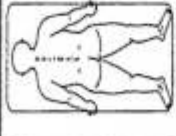

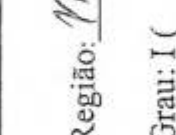
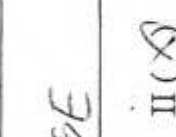
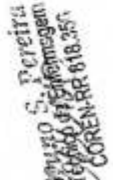

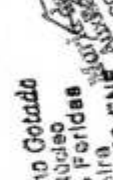

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	130/70	71	-	36.3
18 H				
24 H	138x89	103		36.0

DON MARTINS  
MÉDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM 2038 RR

11: Paciente no leito, M.E.P. Verificado  
SSVV sem intercorrências. Aus: Roncos.  
Déficit de funcionamento

# EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Tratamento de Feridas – HGR	Paciente: <u>JOÃO PEDRO</u>	Data: <u>17/03/2020</u>		
		Leito: <u>119-21</u>			

Localização			Região: <u>MGE</u>			Região: <u>MIE</u>
Etiologia	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular (x) Trauma: <u>Tracão</u> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular (x) Trauma: <u>Tracão</u> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:	Grau: I ( ) II (x)	Grau: I ( ) II (x)		
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfácelo (x) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfácelo (x) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros	(x) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	(x) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:		
Pele Perilesional	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (x) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (x) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Molhado (x) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado (x) Úmido ( ) Seco		
Quantidade de Exsudato	(x) Soro Fisiológico 0,9% (x) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	(x) Soro Fisiológico 0,9% (x) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	(x) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	(x) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:		
Troca	( ) 12/12 (x) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 (x) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 (x) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 (x) Diário ( ) 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:	 Elisécia Carolina Gotardo Gerente de Núcleo Tratamento de Feridas Bolsista em Enfermagem COREN-RN 618.357	 Elisécia Carolina Gotardo Gerente de Núcleo Tratamento de Feridas Bolsista em Enfermagem COREN-RN 618.357	 Elisécia Carolina Gotardo Gerente de Núcleo Tratamento de Feridas Bolsista em Enfermagem COREN-RN 618.357	 Elisécia Carolina Gotardo Gerente de Núcleo Tratamento de Feridas Bolsista em Enfermagem COREN-RN 618.357		
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	FRATURA DIAFISÁRIA DE FEMUR ESQUERDO				
ALERGIAS					
IDADE	24	HAS		DM2	
LEITO	119-2	DATA	13/03/2020		
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	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	NO ALIC				
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

06 113x77 63 35.9°C				LAEL SILVA MÉDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM 2015 RR
SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	121/76	69	35.8	
18 H				
24 H	138x78	59	35.0°C	

Administrado no dia 13/03/2020  
C.p.m. após o S.O.  
em uso contínuo.

Jacqueline Ferra de Aguiar  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RR 5400

Plantão das 19:00h às 7:00h Paciente no  
leito. Adm. m.c.p.m. Aferido SSVU Silva

Terezinha de Jesus P. da Silva  
COREN-PR 427910 - A.



GOVERNO DE RORAIMA  
Hospital Geral de Roraima

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

HGR

Hospital Geral de Roraima

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	19/03/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5h
2	AVP				12h
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				15h
4	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN				18h
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				06h
6	PLASIL10MG EV 8/8H S/N				12h
7	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				15h
8	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				18h
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				12h
10	CURATIVO				
11	SSVV + CCGG 6/6H				12h
12	TILATIL 20mg EV 12/12H (D5)				12h
13	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

p/ DIA 21/03/2020. SOU LIDO EXAMES e

VERIFICO PENDENCIA

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	140/80	69	20
18 H	110/65	77	20
24 H	103/62	60	20


LAEL SILVA  
MÉDICO RESIDENTE  
ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA  
CRM 2015 RR

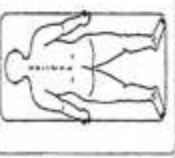

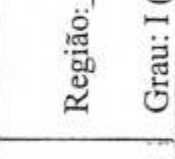

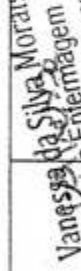
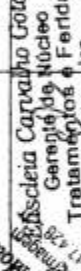

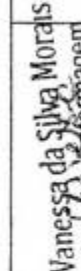

Dr. Lael do Santos da Silva  
Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2015

Jacqueline Maria de Aguiar  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RR 54597-TE

0610 pontos no exame físico  
com 255/140 PA 203/65  
de 70 360 12007943

## EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Tratamento de Feridas - HGR	Paciente: João Pedro dos Santos	Data: 19/03/2020		
Leito: 119-2					

Localização			Região: M.I.C.		Região: M.S.E./Dedo
Etiologia	( ) LPP I II 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 checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:	Grau: I ( ) II ( )	Grau: I ( ) II ( )	
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros			
Pele Perilesional	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:			
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:			
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco			
Solução de Limpeza	( ) 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:			
Troca	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	<div> <div>  <p>Renata Silva Rodrigues COREN-RR 415272 - AE</p> </div> <div>  <p>Vanessa da Silva Moraes Técnica Enfermagem COREN-RR 965 152 TF</p> </div> </div>	<div> <div>  <p>Vanessa da Silva Moraes Técnica Enfermagem COREN-RR 965 152 TF</p> </div> <div>  <p>Renata Silva Rodrigues COREN-RR 415272 - AE</p> </div> </div>	<div> <div>  <p>Vanessa da Silva Moraes Técnica Enfermagem COREN-RR 965 152 TF</p> </div> <div>  <p>Renata Silva Rodrigues COREN-RR 415272 - AE</p> </div> </div>		
Observações:					



ESTADO DE RORAIMA  
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

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

### Resultado de Exame

Amostra: 2017132101

### 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 Gizino 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 Gomes, 3308 -  
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO  
DO HGR

SESAU



GOVERNO  
DE RORAIMA



ESTADO DE RORAIMA  
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

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

### Resultado de Exame

Amostra: 2017132102

### DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO

Métodologia: M11 - Cinético Picrato Alcalino  
CREATININA

Resultado  
**0.70 mg/dL**

Referência  
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  
**34.42 U/L**

Referência  
5.0 - 48.0 U/L

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

Material: SORO

Métodologia: M16 - Cinético Uv (sem Piridoxal)  
TGP

Resultado  
**34.20 U/L**

Referência  
5.0 - 48.0 U/L

### DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO

Métodologia: M17 - Cinético Uv (urease)  
URÉIA

Resultado  
**30.22 mg/dL**

Referência  
15.0 - 40.0 mg/dL

*Assinatura*

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

NÚCLEO DE LABORATÓRIO  
DO HGR

SESAU



GOVERNO  
DE RORAIMA



ESTADO DE RORAIMA  
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

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:

### Resultado de Exame

Amostra: 2017132103

## HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

### LEUCOGRAMA


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

### ERITROGRAMA

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

### PLAQUETOGRAMA

PLAQUETAS	217.00 x10 <sup>3</sup> /uL	150.0 - 400.0 x10 <sup>3</sup> /uL
VPM	8.60 fL	6.5 - 12.0 fL
MPV	15.90	9.0 - 17.0
PLT	0.186 %	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

20/03/2020 08:35

(\*) Retificado

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  
SECRETARIA DE SAÚDE



GOVERNO  
DE RORAIMA



GOVERNO DE RORAIMA  
Hospital Geral de Roraima

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

HGR  
Hospital Geral  
de Roraima

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	19/03/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND.
2	AVP				MANHA
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				16
4	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN				SN. 16
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				16
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					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS 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		36,2°C

LAEL SILVA  
MÉDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM 2015 RR

12h. Verificados SSVV. Sem queixas neste período.

em Est. Imagem  
COREN-RR 462501

Guilherme Nêto de Souza  
COREN-RR 292369-TE

Ob: only John indicated C.P. II.  
800, 1000, 1000

## EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em  
Tratamento de Feridas –  
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

Paciente: JOAO PEDRO

HGR

Leito: 559-2

Data: 20/03/2020

Localização		Região: <u>MSE</u>		Região: _____
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> LPP I III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	Grau: I ( ) II (X)	<input type="checkbox"/> LPP I 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"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	Grau: I ( ) II ( )
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____		<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 _____	
Pele Perilesional	<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"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <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: _____	
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco		<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h		<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	 Eliete de Almeida N. Viana Gerente de Nucleo Tratamento de Feridas Enfermeira COREN-PR 488.579-ENF		 Eliete de Almeida N. Viana Gerente de Nucleo Tratamento de Feridas Enfermeira COREN-PR 488.579-ENF	
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	FRATURA DIAFISÁRIA DE FEMUR ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	24	LEITO	119-2	DATA	21/03/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S.N.
2	AVP				S.N.
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				S.N.
4	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN				S.N.
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				S.N.
6	PLASIL10MG EV 8/8H S/N				S.N.
7	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				S.N.
8	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				S.N.
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S.N.
10	CURATIVO				S.N.
11	SSVV + CCGG 6/6H				S.N.
12					
13					
<p><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</p>					


EVOLUÇÃO MÉDICA:

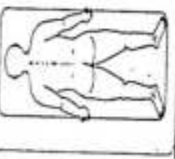
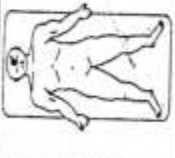
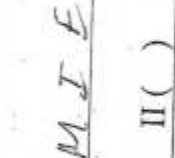

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, EM USO DE TRAÇÃO. CIRURGIA AGENDADA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

SINAIS VITAIS					<p>LARI SILVA MÉDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM 2015 RR</p>
6 H	PA	FC	FR		
12 H	120/80	82		36,5°C	
18 H					
24 H	130/80	64	17	36,5°C	

Antonio Juscelino Araújo Patva  
Técnico de Enfermagem  
COREN-RR 326.247

L.O.T.E., VERBAZANDO CORRENTEMENTE,  
COM SINAIS NECESSÁRIOS FISIOLÓGICOS PRESERVADOS  
VITAIS TOTALMENTE; CCGG E SSVV C.P.M.;  
SEM INTERCORREÇÃO ATÉ AS 07:00, SENDO SOB CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Paciente: <u>Souza Pedro dos Santos Nascimento</u> Leito: <u>119-2</u>				
Data: <u>21/03/2020</u>					

Localização			Região: <u>M I E</u>			Região: <u>M S E</u>
Etiologia	Grau: I (x) II ( ) ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input checked="" type="checkbox"/> ortopedia ( ) Outro:		Grau: I ( ) II (x) ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular (x) Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:			
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo (x) Granulação ( ) Epitelização (x) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros		( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo (x) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros			
Pele Perilesional	(x) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:		(x) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:			
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo (x) Seco ( ) Outro:		( ) Purulento (x) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:			
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado ( ) Úmido (x) Seco		( ) Molhado (x) Úmido ( ) Seco			
Solução de Limpeza	(x) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%		(x) Soro Fisiológico 0,9% (x) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%			
Cobertura primária	(x) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:		(x) Gaze (x) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:			
Troca	( ) 12/12 (x) Diário ( ) 48/48h		( ) 12/12 (x) Diário ( ) 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	Berenice Sônia Carlos Téc. de Enfermagem COREN-RR 387.172		Eliscleria Carvalho Costa Gerente de Nucleo das Terapias de Feridas Enfermeiro COREN-RR 488.579-ENF			
Observações:	Não há observações a serem feitas. 21/03/2020 14:01 - TE					



GOVERNO DE RORAIMA  
Hospital Geral de Roraima

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

HGR

Hospital Geral de Roraima

DATA DE ADMISSÃO	DIH	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			
2	AVP			
3	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H			
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA			
5	PLASIL10MG EV 8/8H S/N			
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IR			
7	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
11	CURATIVO			
12	SSVV + CCGG 6/6H			
14	DIETA ZERO A PARTIR DAS 22:00 + CHECAR SANGUE			
<p><b>SE DIABÉTICO</b> 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</b> E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>				

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

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

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

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	127x88	73	
18 H			
24 H	Sem apnéia p/V 95 vitais		

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

7as 12h - paciente medicado CPN, aferido

24 das 12h -

*[Handwritten signature]*



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 Quiomioterapia ☐ 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 necessitar 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 (Alto 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 URGÊNCIA TRAUMA ABDOMINAL COM PROBABILIDADE CIRÚRGICA SEM INSTABILIDADE HEMODINÂMICA - PACIENTES INSTÁVEIS (EXAME CONTRA-INDICADO)  
CATÁSTROFE VASCULAR? INFARTO INTESINAL?  
CEFALÉIA REFRACTÁRIA + 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 REFRACTÁRIA A ANALGESIA PLENA OU DISTENSÃO E VÔMITOS REFRACTÁRIA A SNG. CEFALÉIA REFRACTÁRIA, 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 FÍSTULA 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 FORMULÁRIO SERÃO CANCELADOS DEPENDENDO DA INDICAÇÃO DO EXAME ELE PODE SER RECLASSIFICADO OU REAGENDADO PARA OUTRO HORÁRIO OU DIA DEPENDENDO DA GRAVIDADE DO PACIENTE E DISPONIBILIDADE DO SERVIÇO**


OS PEDIDOS DE TC SEGUINTE NÃO SERÃO ACETOS:

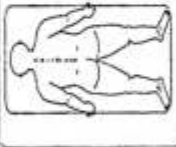

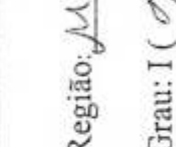
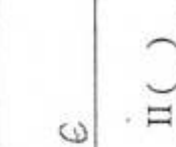
COLECISTITE (USG), DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (USG), ITU (CLÍNICA), E LOMBALGIA (SEM TRAUMA)  
SINUSITE (CLÍNICA E TRATAMENTO EMPÍRICO)  
CEFALÉIA SIMPLES / TCE LEVE (SOMENTE CASO DESCRITO O TRATAMENTO REALIZADO E POR QUANTO TEMPO - DESCREVER NA FICHA) COMBINAÇÃO DE MEDICAÇÕES EM DOSE PLENA (ANALGÉSICOS + AINES)  
ENXAQUECA  
DOR ABDOMINAL SIMPLES\* - SOMENTE DOR ABDOMINAL REFRACTÁRIA - 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 PARA DIAGNÓSTICO DE PNM (DIAG CLÍNICO E RX), DPOC (CLÍNICO E ESPIROMETRIA)  
TC DE CORPO INTEIRO OU DE VÁRIOS SEGMENTOS (PRINCIPALMENTE POLITRAUMAS LEVES)

CARO COLEGA MÉDICO - QUALQUER DÚVIDA/ NECESSIDADE DE LAUDO OU DISCUTIR ALGUM CASO / INDICAÇÃO DE EXAME - CONTATE O RADIOLOGISTA DE PLANTÃO

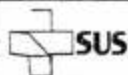
DR DANIEL AZEVEDO 981089888 DR JEAN MEDEIROS 981199000 DR JULIANO 981121777 DRA LARISSA 981050299 DR MARCELO 981110066 DRA MARIA CLAUDIA 981120165

# EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Tratamento de Feridas - HGR	Paciente: João Pedro dos Santos	Data: 22/03/2020		
Leito: 139-2					

Localização			Região: MLE Grau: I ( ) II ( )			Região: dedo não E Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : Tração Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:					
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfácelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros					
Pele Perilesional	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:					
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:					
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco					
Solução de Limpeza	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%					
Cobertura primária	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:					
Troca	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h					
Profissional que realizou procedimento:	Vanessa da Silva Moraes Técnica de Enfermagem COREN-RR 965 152 TE	Larissa Alves Mota Técnica de Enfermagem COREN-RR 1.247.428 - TE	Renata Silva Rodrigues Técnica de Enfermagem COREN-RR 415277 - AE	Eliscléia Chiribito Gerente do Núcleo de Tratamento de Feridas Eliscléia Chiribito Enfermeira COREN-RR 4083379 - ENF	Vanessa da Silva Moraes Técnica de Enfermagem COREN-RR 415277 - AE	Renata Silva Rodrigues Técnica de Enfermagem COREN-RR 415277 - AE
Observações:						

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

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

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

( ) CNS

( ) CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0408050519  
5773  
V799



## BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 23/03/20

O.S. \_\_\_\_\_

pós lesão de fratura

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FX femur (E) distais

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: \_\_\_\_\_

TIPO DE INTERVENÇÃO: Cirurgia de fixação de fratura (E)

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: \_\_\_\_\_

CIRURGIÃO: DALSON

1º AUXILIAR: ROGÉRIO

2º AUXILIAR: FORMOSO R3

INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_

3º AUXILIAR: BRUNO R1

ANESTESIA: \_\_\_\_\_

ANESTESISTAS: \_\_\_\_\_

ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_

INÍCIO: \_\_\_\_\_ FIM: \_\_\_\_\_ DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Acesso em DDA das anastomoses;
- 2) AA + CCE;
- 3) Incisão longitudinal lateral em COXA (E) + redução por pinos + fixação intramedular + redução crural + colocação das placas ICP 4.5 + parafusos + controle lateral + LMC + fixação por pinos + controle;
- 4) Ao RPA.

Bruno Vieira  
CRM 1231 RR  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Associação Patrimônio dos Brasileiros"



# FICHA DE ANESTESIA

João Pedro dos Santos Nascimento, 24 anos.

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

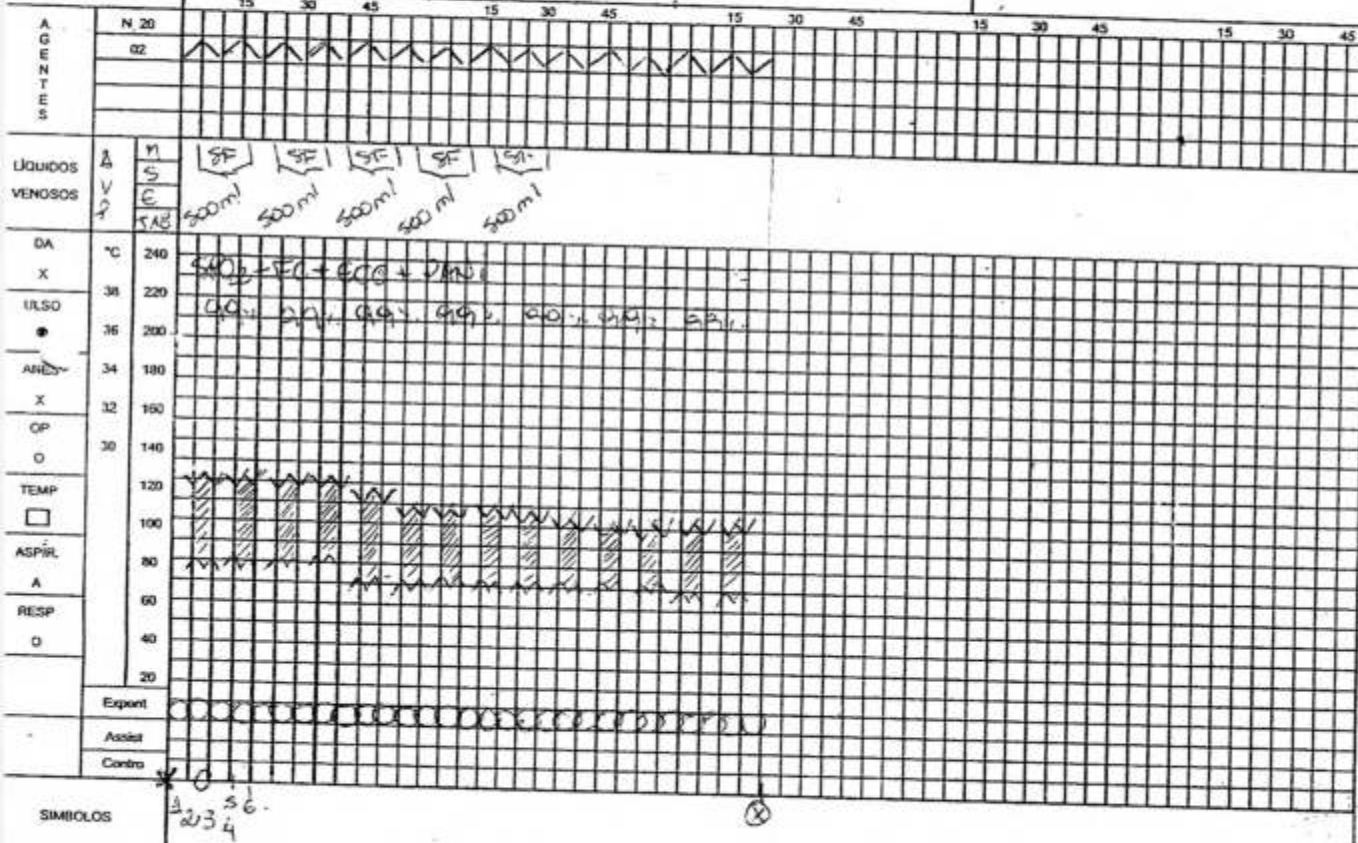
#Fentanil 100mcg IV  
#Midazolam 5mg IV

Nº Boa Vista - 22  
23.03.2020

8:00

9:00

10:00



GENES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
bupivacaína ② 12,5 mg SA		Raqui-auxiliar (combar)	# Check List + monitorização (SpO2 + FC + ECG + PA + ...)
		bupivacaína simples com	① Antisepsia + Anestesia da
		ventilação espontânea +	região lombar com álcool à
		bloqueo do nervo femoral	70% + colocação de campos
		ecoguiado.	estéril fixado.
			② Função lombar L2/L3 com
			agulha 26G (Quinick) saída de
			líquido claro, neutro + injeção
			de bupivacaína ② 12,5 mg SA
DOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faríngea	Larango - Espasmo - Excesso Secre
MD		Naso / Orotraqueal - Cega	Depressão Respiratória - Hipoxia
NGUE		Bal - Tamp - Calibre do Tube	"Bucking" - Vômito
FD, 9%, 2500 ml		Sob Máscara	Hemorragia - Arritmia
		Dificuldade Técnica	Brad Taquicardia - Choque
ITAL		TEMPO DE ANESTESIA	
TRACÃO			
História de fatura de febre aguda.			
ESTESIA	CÓDIGO	CIRURGIÃO	PERDA SANGÜINEA
Dr. Fabiano / Residente Anderson		Dr. Dalton / Dr. Rogério	
Residente Fernando			

Dextrometorfina 50mg IV

Bencamido paracet 500mg

③ Bloqueio do Nervo femoral com bupivacaína + Lidocaína ecoguiado.

④ Ceftriaxona 2g IV

⑤ Dexametasona 10mg IV

⑥ Tenoxicam 40mg IV

⑦ Analgesia 20mg

Alberto E.M. Herrera  
Médico Anestesiologista  
CRM 104484

## PRÉ- ANESTÉSICO

Nome: \_\_\_\_\_ Enf.: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Serv.: \_\_\_\_\_  
 Sexo: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Alt: \_\_\_\_\_ Classe: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_  
 Diagn. Pré-OP: \_\_\_\_\_ Patrol Assoc.: \_\_\_\_\_  
 Cir. Proposta: \_\_\_\_\_

Anest. Ant: \_\_\_\_\_

Alergia: \_\_\_\_\_

Alcool: \_\_\_\_\_ Fumo: \_\_\_\_\_

DROGAS: (Corticoide, fenotiazínico, hipotensor, narcotráfico, hipotico,  
 digitálico, anticoagulante, diurético, antibiótico, sulfas,  
 casopressor, IMAO, outros)

Estado Mental: \_\_\_\_\_ Boca: \_\_\_\_\_

Pescoço: \_\_\_\_\_ Veias: \_\_\_\_\_

RX: \_\_\_\_\_

Feses: \_\_\_\_\_

Hepatograma: \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

Parâcer Clínico: \_\_\_\_\_

PA: \_\_\_\_\_ Pulso: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_

Medicação Pré - Ant.	DOSE	VIA	HORA

Sangue Tipo: \_\_\_\_\_ Leuc: \_\_\_\_\_ Ht: \_\_\_\_\_ Hb: \_\_\_\_\_

Hm: \_\_\_\_\_ tc: \_\_\_\_\_ ts: \_\_\_\_\_ p. Laço: \_\_\_\_\_

r. Coag: \_\_\_\_\_ Pq: \_\_\_\_\_ Uréia: \_\_\_\_\_

creat: \_\_\_\_\_ Glic: \_\_\_\_\_ Na: \_\_\_\_\_ mEq/l

Cl: \_\_\_\_\_ mEq/1k \_\_\_\_\_ mEq/1pH \_\_\_\_\_ pO2: \_\_\_\_\_

pCO2: \_\_\_\_\_ BA: \_\_\_\_\_ BB: \_\_\_\_\_ BS: \_\_\_\_\_ BE: \_\_\_\_\_

URINA: d: \_\_\_\_\_ pH: \_\_\_\_\_ glic: \_\_\_\_\_ Alb: \_\_\_\_\_

Sedim: \_\_\_\_\_

Ap. gen. Uri: \_\_\_\_\_

AP. Resp: \_\_\_\_\_

AP. Circ: \_\_\_\_\_

AP. Dig: \_\_\_\_\_

S. Osteo - Art: \_\_\_\_\_

S. Nerv: \_\_\_\_\_

S. Endoc: \_\_\_\_\_

Est. Fis (ASA): \_\_\_\_\_ AN. Proposta: \_\_\_\_\_

NB: \_\_\_\_\_

Assinatura

## PÓS-ANESTÉSICOS

NA SALA DE RECUPERAÇÃO

NA ENFERMARIA

Data: 23/03/2020

Hora: 11:00

Examinado paciente BSG, 106 kg  
eupneico, oxiautico, Alerta 9  
para bloco da glândula

Juliana Melo Lima

Assinatura

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

Assinatura



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	
Miguel Pedro dos Santos		119-2		23 103 2020	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Intussuscepção de Eilat. Pêman (E)		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		8:20	09:55		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	Dr. Roberto	ANESTESISTA:	Dr. Fabiano		
1º AUXILIAR	Dr. Dáson	RES. ANESTESIA:	Dr. Anderson		
2º AUXILIAR	Dr. Fernando R3	INSTRUMENTADOR			
		CIRCULANTE	Admilton + Jetro		
TIPO DE ANESTESIA: Raquí + bloqueio nervo femoral					
TEMPO DE DURAÇÃO:					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
20	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		200	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
20	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
7	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº 1	
	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2-0	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
20	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 27			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº		1	FIO PROLENE Nº 6/0	
	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDA Nº 3/0	
	SERINGA 01ML		150ml	SURGICEL	
	SERINGA 03ML		300ml	CERA-PROSSO	
	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATA Nº 1	
2	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM	
1	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA	
1	1/2 baldo		180ml	OUTROS: Topico + Alcool	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS			
	Helmo Brito	SUB- TOTAL			
FUNÇÃOÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA			
		TAXA DE ANESTESIA			
		SOMA			
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

Hospital Geral de Roraima  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto  
CEP 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil

## 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 JOAO PEDRO DOS SANTOS NASCIMENTO 24 ANOS,  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 13/03/2020 COM  
DIAGNÓSTICO DE FRATURA DIAPHRAGMÁTICA DO FÊMUR (E)

NO DIA 23/03/2020 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
OSTEOSSÍNTESE DO FÊMUR DA FRAÇÃO DE FÊMUR (E) SENDO

OPERADO PELO DR. ROGERIO DIAS E DR. DALSON

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

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 1/1 ÀS 04 SEMANAS COM O  
DR. (DALSON) 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. DALSON

BOA VISTA, 24/03/2020

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

MÉDICO



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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Fem. ☒ 3

Masc. ☐ 1

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD, IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA

28 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

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

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJECTO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CDD, ORGAO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

( ) CNS ( ) CPF

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

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



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	119-2	DATA	24/03/2020
ÍTEM					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	PLASIL10MG EV 8/8H S/N				
7	TRAMAL 100MG + SF0,9% 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	ALTA HOSPITALAR				
13					
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,  
ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS.  
FO LIMPA E SECA. FEITO RX DE CONTROLE

ALTA HOSPITALAR

SINAIS VITAIS				<p>LAEZ SILVA MÉDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM 2015 RR</p>
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H				
24 H				

119-2

<b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>					
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE: <b>JOÃO ROBERTO DOS SANTOS</b> AGNOSTIC: <b>tx femur (E) BIAZANI</b> ALERGIAS: <b>HAS NEGA DM2 NEGA</b> IDADE: <b>LEITO</b> DATA: <b>23/03/2020</b>					
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Monte
3	SF 0,9% 500ML EV <del>SND</del> 12/12h				12.18
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				12.18
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				12.18
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				(SN)
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				(SN)
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				14 (22.00)
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				(SN)
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				(SN)
13	SSVV + CCGG 6/6 H				(SN)
14	CURATIVO DIÁRIO				Rafinha
15	Ceftriaxona 1g 12/12h				14 22.2
16					
17					
18					
19					
20					
21					

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

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

feito medicação  
 com 8 no  
 leito estável

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	125x68	88	20	35.5
18 H	138/83	92		36.5
24 H				

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

Dr. Bruno Vieira  
 FIC 123456789  
 COREN RR 123456

18/10 pontos no 2º  
 furo único ep  
 155/100 mmHg  
 100/60 mmHg

Plantes Jimms 2312312020  
Realized under +  
5100 fad mP.



Don't let the state  
be a victim of the  
state's own actions  
(3) must be xA

000/20/25

4/12/26

CONFIDENTIAL

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

**LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA**

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome João Paulo de Sousa Moraes  
Responsável Cirurgião Dr. Nelson Moraes

Anestesiista Dr. Sebastião

**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

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

- ☒ Não ☐ Sim, Qual: \_\_\_\_\_

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

- ☒ Não ☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

- ☐ Não ☒ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Data 28/03/2020

Assinatura

Hora: 09:40

Andréa Melo Lima

**PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)**

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente  
☒ Sítio cirúrgico  
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

- ☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:  
Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

- ☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:  
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

- ☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:  
Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

- ☐ Não se aplica ☒ Sim,  
Qual: ceftriaxona 1g

Hora: 8:30

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

- ☐ Sim ☒ Não se aplica

**SÁIDA (Sala Pós Operatória)**

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

- 1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO  
☒ Sim ☐ Não

- 2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS  
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplicam

- 3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)  
☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

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


- ☐ 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

Assinatura e Carimbo

Carimbo 61381

**ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

Par. ordenado na SO 04 p/ 01. Fratura no fêmur (E) no. Registros - Jo. Traves com intercorrências  
Rev. a S20A.

Responsável: 

Data de Nasc: 02 / 05 / 1995 Idade: 24

Data:  $\frac{23}{03} / 2020$

Termo de Consentimento Anestesia: ( ) Sim ( ☒ ) Não

com. p. 10. **And** **Def**  
Entire  
COREN-RH

Atualizado pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente - NQSP/HGR em 05/2019



JOAO PEDRO DOS SANTOS NASCIMENTO 3843

HOSPITAL CORONEL MOTA

V/scr

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GDEJO CRUZ



Polegar Direito



*William Gonçalves Franco*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

239717

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

13/10/2016

NOME

**WILLIAM GONÇALVES FRANCO**

FILIAÇÃO

**GERALDO ROCHA FRANCO**

**MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO**

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

**SANTA INÊS - MA**

**09/12/1978**

DOC. ORDEM

**CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35**

**2 OF BOA VISTA - RR**

**825.396.343-20**

**AMADEU ROCHA TRIANI**

**2 VIA**

Perito Papiloscópico do Polícia Civil  
Diretor de Ident.

LEI Nº 7 118 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA		DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES		CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME						JOÃO PEDRO DOS SANTOS NASCIMENTO	
		DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA				271633 SSP RR	
		CPF		DATA NASCIMENTO		026.660.212-62 02/05/1995	
		FILIAÇÃO				MANOEL PEDRO DO NASCIMENTO MARIA DAS GRACAS BRAGA DOS SANTOS	
		PERMISSÃO		ACC		CAT. HAB.	
		06795857170		17/08/2021		16/02/2017	
OBSERVAÇÕES						EAB	
ASSINATURA DO PORTADOR							
LOCAL		BOA VISTA, RR		DATA DE EMISSÃO		13/09/2019	
		RGO GOMES BRAS L DIRETOR PRESIDENTE DETRAN-RR		63612465187 RR210273879			
ASSINATURA DO EMISSOR							
RORAIMA							

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

1919591841

PROIBIDO PLASTIFICAR

1919591841

# 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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0202670/20

**Vítima:** JOAO PEDRO DOS SANTOS NASCIMENTO

**CPF:** 026.660.212-62

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

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

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

**CPF de:** Próprio

## 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: João Pedro dos Santos Nascimento  
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro  
PROFISSÃO: autônomo RG: 271633 SSP-RR  
CPF: 026.660.212-62 ENDEREÇO: R: 5 22 1315 Santa Tereza  
BAIRRO: Santa Tereza CIDADE: \_\_\_\_\_  
CEP: 69.317-170

VÍTIMA: João Pedro dos Santos Nascimento  
CPF: 026.660.212-62 DATA DO ACIDENTE: 13 de Março 2020  
NATUREZA: ☐ DAMS ☒ INVALIDEZ ☐ MORTE

### OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves Franco  
NACIONALIDADE: Brasileiro  
ESTADO CIVIL: casado  
PROFISSÃO: autônomo  
Nº DO RG: 239717 ÓRGÃO EMISSOR: SSP-RR  
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16  
Nº CPF: 825.396.348-20  
ENDEREÇO: Rua CC 11, 294 Laura Moreira

### PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalidia 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.

Brasília RR, 05 de Junho de 20 20

João 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

**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

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