

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

Rio de Janeiro, 10 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200320973

Vítima: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA

Data do Acidente: 20/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

44701136387

4 - Nome completo da vítima:

SAUNO MESQUITA DE SOUSA

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

5 - Nome completo:

SAUNO MESQUITA DE SOUSA

6 - CPE:

44701136387

7 - Profissão:

8 - Endereço:

CHEFE MANUTENÇÃO R: CAPRICORNO

9 - Número:

700

10 - Complemento:

11 - Bairro:

BID SATELITE

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69317-494

15 - E-mail:

LUANNA.SOUZA71@HOTMAIL.COM

16 - Tel. (DDD):

95991168367

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:

RECUZO INFORMAR

SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

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)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

BRADESCO

AGÊNCIA:

3

CONTA:

0075085

(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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no 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 Sim

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

Sim

Não

31 - Vítima

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Sim

Não

33 - Vítima deixou

Sim

Não

Vivos: Falecidos:

Sim

Não

Sim

Não

Sim

Não

Sim

Não

teve filhos? Não

Sim

Falecidos:

Vivos:

Sim

Não

Falecidos:

Vivos:

Sim

<p



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDERECO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência N°: 9281/2020 - Registrado em: 20/08/2020 às 12h 01min

**FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE
DIREITO**

Data/hora do Fato: 02/11/2019 às 19h 00min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: PA NOVA AMAZONIA

Nº: S/N

CEP:

Bairro: SAÍD SALOMÃO

Tipo de local: VIA RURAL

Referência: ESTRADA DO PA NOVA AMAZÔNIA

Complemento:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

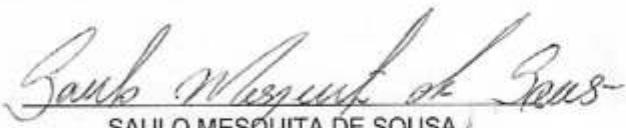
SAULO MESQUITA DE SOUSA(45), nascido(a) em 16/02/1975, sexo MASCULINO, união estável, CPF N° 447.011.363-87, País: BRASIL, natural de MATIAS OLIMPIO-PI, filho(a) de MARIA MESQUITA DE SOUSA e MANOEL SALVIANO DE SOUSA, endereço: CAPRICORNIO, cep: 69317-494, N°: 790, bairro: CIDADE SATELITE, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 99138-612.

RELATO DA OCORRÊNCIA

COMUNICO QUE DIA 02 DE NOVEMBRO DE 2019 APROXIMADAMENTE AS 19 HORAS IA NA BR174 SENTIDO PA NOVA AMAZÔNIA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA BIZ/125 ES DE PLACA: NAT0010 CHASSI: 9C2JA04208R027062 DE PROPRIEDADE DE IZAMA DE PINHO SOUSA, QUANDO AO ENTRAR NA ESTRADA DE CHÃO QUE LIGA AO PA NOVA AMAZÔNIA A MOTOCICLETA DERRAPOU NA PIÇARRA CAUSANDO O ACIDENTE. QUE DEVIDO O OCORRIDO SOFRI LESÕES CORPORAIS E QUE FUI SOCORRIDO POR TERCEIROS ATÉ O HOSPITAL GERAL DE RORAIMA PARA ATENDIMENTO MÉDICO. É O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLICIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

ANTONIO J. DA CONCEIÇÃO
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 042000480
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE


SAULO MESQUITA DE SOUSA
COMUNICANTE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

44701136387

4 - Nome completo da vítima:

SAUNO MESQUITA DE SOUSA

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

5 - Nome completo:

SAUNO MESQUITA DE SOUSA

6 - CPE:

44701136387

7 - Profissão:

8 - Endereço:

CHEFE MANUTENÇÃO R: CAPRICORNIO

9 - Número:

700

10 - Complemento:

11 - Bairro:

BID SATELITE

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69317-494

15 - E-mail:

LUANNA.SOUZA71@HOTMAIL.COM

16 - Tel. (DDD):

95991168367

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:

RECUZO INFORMAR

SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

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)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

BRADESCO

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no 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 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (menos de 28 dias): 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 alfabetizado

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)

40 - Local e Data:

BOA VISTA, 25/10/2020

*Sauno Mesquita de Sousa

Assinatura da testemunha

38 - 1º | Nome:

CPF:

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

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: 18/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 00000067853-5

Nr. da Autenticação C5172CE9EF27DE40



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Em. Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.057.022-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

0114300-0

Nº DA NOTA FISCAL 5778141 FCAM*
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

DATA DE VENCIMENTO | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2020 01/09/2020 478 407,95

SAULO MESQUITA DE SOUSA
CPF: 00044701136387
R. CAPRICORNIO 790 - CIDADE SATELITE
CEP: 69.317-494 - BOA VISTA

Atual:	12/08/2020	Anterior:	14/07/2020	Próxima leitura:	11/09/2020
Emissão:	11/08/2020		Apresentação: 12/08/2020	Dias de consumo:	29

DADOS DA UNIDADE DE CONSUMO/BORNE

Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligaçāo	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	12EDB00757	NORMAL	CONVENC

	DADOS DA LEITURA (kWh)							
	KWh TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	Alm. FPONTA	INJETADO FPONTA	Alm. INTERMED.	INJETADO INTERMED.	Alm. RESERVADO	INJETADO RESERVADO
Leit. Atual	38666							
Leit. Anterior	38188							
Constante	1.000							
Resíduo								
Medido								
Faturado:	478							
	478							

INSCRIÇÃO DA CONTA

CORREÇÃO MONETARIA IG 06/20-00	478 A R\$ 0,786015 =	375,71
MULTA POR ATRASO DE I 06/20-00		0,28
JUROS DE MORA POR ATR 06/20-00		0,74
MULTA POR ATRASO 06/20-00		0,09
JUROS DE MORA DE IMPO 06/20-00		5,18
ILLUMINACAO PÚBLICA		1,03
		24,92

DETALHES
INFORMAÇĀO

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 478 - 0,617728

DETALHES DE MENSAGEM

44 401 451 3 382 365 39 364 26 43 528 478



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: 5241601

ANTONIO LOPES DA S FILHO

R. SD PM JACINTO J S SI, 359 ,

CARANA

69313572 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 539180	MÊS 05/2020	PERÍODO DE CONSUMO 23-APR-20 a 21-MAY-20
CONSUMO (kWh) 1141	VENCIMENTO 17-JUN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 932,19

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 539180	MÊS 05/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 932,19
------------------------	----------------	-----------------------------

836800000090.321900750001.000000000539.918005200053



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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: 4020-1596 / 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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu HUANNA AMORIM DE S. NOPES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 2943163825, 15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

SAUNO MESQUITA DE SOUSA inscrito (a) no CPF sob o Nº 447011363, 87

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima SAUNO M. DE SOUSA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 447011363, 87, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

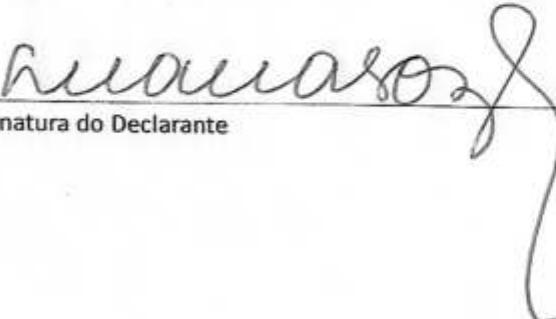
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>R: SP.JACINTO SILVA</u>	Número:	<u>359</u>	Complemento:				
Bairro:	<u>CARANA</u>	Cidade:	<u>BOA VISTA</u>	Estado:	<u>RR</u>	CEP:	<u>69313572</u>	
E-mail:	<u>HUANNA.SOUZA71@HOTMAIL.COM.BR</u>						Tel.(DDD):	<u>95991168367</u>

Local e Data:

BOA VISTA, 25/10/2020

Assinatura do Declarante



401-7

1901181689

02/11/2019 20:17:49

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19- 18

Paciente	Data Nascimento		Idade	CNS	CPF	Prontuário
SAULO MESQUITA DE SOUSA	16/02/1975		44 A 8 M 14 D	708205649368145	44701136387	
Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade		
IDENTIDADE 16204239	SSP/RR 06/03/2009 M	UNIAO ESTAVEL	BRANCA	MATIAS OLIMPIO - PI - BRASILEIRA		
Mãe			Contato			
MARIA MESQUITA DE SOUSA			MANOEL SALVIANO DE SOUSA		(95) 99113-8612	
Endereço	Ocupação TRABALHADOR DE RE					
RUA - CAPRICORNIO - 790 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR						
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA					
Setor	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.	Registrado por:		
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTANEA			LEANDRO		
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue <i>Dores de mola em extremitade de dor</i>					

Anamnese de Enfermagem

GSC
AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 20:23 h)

Paciente vítima de queda de moto relatando dor de escote, náuseas e vômitos, relata tontura, afirmando ainda dor em tibia segundo terço proximal, duração de dor em flanco esquerdo.

Exame Físico

Ausculta limpa; sem erupções nos olhos.

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

RAIO-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS:

PREScrição	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
Disinfina 1g EV		
Tibetil 90mg EV		
Thermal 50mg EV		
Sono fisiol. 0,9% 100ml S. Deltan		
Antonio A. S. De Britto		
CRM RR 1099		
Clínica Geral 201-5111		
Videolaparoscopia		

Conduta

- Alta por Decisão Médica
 Alta a Pedido
 Alta a Revisão
 Transferência para: Ortopedia
 Ambulatório
 Observação (Até 24h)
 Internação

Data e Hora da Saída/Alta: / / : :

Óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

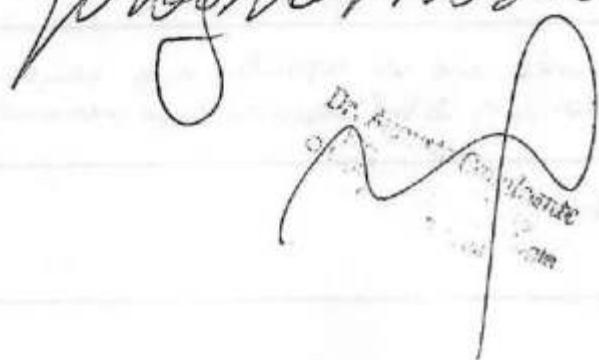


Artropédia

Dr. Jordão

paciente vítima de acidente com motocicleta
com fratura de plato tibial e
Shoemaker V.

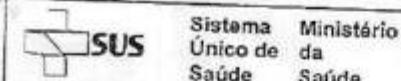
pulso periférico palpável, tibial
posterior.
D2 Solto TC + Tolo ignis
músculos + tendões
progresso cirúrgico.



A
Vitória 26.02.2020

Anexo I

BLOCO A


 Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**
Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Sando Marquita de Souza

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

176614

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

210320156493618145

8 - DATA DE NASCIMENTO

16/6/75

9 - SEXO

Mas.

Fem.

3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Sanea Nequita de Souza

11 - TELEFONE DE CONTATO

9159494138611

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Praça La parceria 790 Bairro Serrinha

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BV

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

412

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS ÚNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

 paciente Submetido a observação
de vldo filol E

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As Acima

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

Rx + exame folic

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

29 - N° 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)

23/02/2020

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

36 - AUTÔNOMO

() DESINTEGRADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

23/2/20

0408050551
S 821

W499

Até 11.11.19

SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
Identificação do Estabelecimento de Saúde							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				2 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES			
Identificação do Paciente							
5 - NOME DO PACIENTE				6 - N° DO PRONTUÁRIO			
<i>Saulo Mesquita de Souza</i>				176614			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO			
21082015699368145				16/03/75			
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				10 - SEXO			
Maria Mesquita de Souza				11 - Mas.	12 - Fem.		
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)				13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			
R. Ipiranga 790 Cidade Satélite				14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP			
Br				RJ 23200-000			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS							
<i>aperte ultima ole, diante com rosto exibindo rotina ole plato fio</i>							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO							
<i>As Admira</i>							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)							
<i>Rx + exame fino</i>							
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
<i>Ja plato fio</i>							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO							
<i>Intervenção</i>							
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO							
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO		29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
				<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE							
<i>Dra. Mesquita</i>							
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)							
<i>11/11/19</i>							
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)							
33 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO		35 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BILHETE		38 - SÉRIE	
<input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TÍPICO							
35 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA		41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM APRENDIZADO <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR		<input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO		<input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO							
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR		49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
<i>0308010019 - 1023</i>							
45 - DOCUMENTO		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF							
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		<i>1299</i>			



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

DN

PACIENTE SAULO MESQUITA DE SOUSA

DIAGNÓSTICO FX DE PLATO TIBIAL E

ALERGIAS

HAS

DM2

IDADE

LEITO

401-2

DATA

03/11/2019

ECC

ITEM

HORÁRIO

1 DIETA ORAL PARA DM E HAS

SN D-

2 AVP

manter

3

4 SSVV + CCGG 6/6H

rotina

5 DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H

10 24 6

6 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA

6

7 PLASIL10MG EV 8/8H S/N

7

8 TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN

SN

9 SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

8

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

9

11 CURATIVO DIÁRIO

10 6

12 TILATIL 20MG EV DE 12/12H

11 6

13

12

14

13

15

14

16

15

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, COM TALA EM MIE .

PREVISÃO DE ALTA :

Dr. Anderson P. Silva
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RR 1733 ROE 676

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	DR AUGUSTO CAVALCANTE
12 H	137x93	70	respiração	CBM-RR 1964
18 H	154x102	71	respiração	RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
24 H	161/102	75	-	TRAUMATOLOGIA

7:00 às 19:00h.

Realizadas administrações
das medicações de forma
regular e periódica.
Atendente de Enfermagem
CORE/RR #17874-AUX

PA=88x62 mmHg
FC=83 bpm
T=35,2 °C



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		DN	
PACIENTE	SAULO MESQUITA DE SOUSA				
DIAGNÓSTICO	FX DE PLATO TIBIAL E				
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	LEITO		401-2	DATA	04/11/2019
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SR
2	AVP				ma
3					
4	SSVV + CCGG 6/6H				Rotu
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H				12.45
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				12.45
7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N				12.45
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				12.45
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				12.45
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				12.45
11	CURATIVO DIÁRIO				12.45
12	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				12.45
13					12.45
14					12.45
15					12.45
16					12.45
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; \geq 400: 10 UI E OU GLICOSE \leq 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO HIDRATADO, COM TALA EM MÉ.

PREVISÃO DE ALTA :

Dr. Jesus A. Lopez, M.D.
1956

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	130/83	50	14	36 ⁻	
12 H	131/91	69	14	36 ⁻	
18 H	130/89	7	20	36 ⁻	
24 H	140/88	70	20	36 ⁻	

Das 13 as 19 hs. Administrado medicação e referido SSIV de
hemântio. Paciente em repouso no leito, sem queixas até
o momento aux. leciu.

Itzai Siqueira
Aux. de Enfermagem
CORE/RR 282.574-ALX

06:00 - Pd. no Lito, contra, 1
apito ssvu, f. liz (an. Bianca B. de Araújo)



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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

HG
Hospital Geral
de Roraima

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN
PACIENTE	SAULO MESQUITA DE SOUSA			
DIAGNÓSTICO	FX DE PLATO TIBIAL E			
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	LEITO	401-2	DATA	06/11/2019
ITEM				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS			manhã
2	AVP			
3				
4	SSVV + CCGG 6/6H			SSVV 6/6H
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H			12/12H
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA			60
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			
8	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN			
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			150
11	CURATIVO DIÁRIO			12
12	TILATIL 20MG EV DE 12/12H			12/12H
13				
14				
15				
16				
<u>SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMÁ: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI <u>E OU</u> GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

Evolução médica:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, COM TALA EM MIE

PREVISÃO DE ALTA:

Dextro 21:50H
779 222/21

Mirvaldo C. Bueno
L.C. de Enfermagem
COREN-RR 125471

SSVV 6/6H
PA 160/770
SC 64
T 36,1

SINAIS VITAIS		PA	FC	FR	DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA				
12 H	130/80	76	17	26-2	
18 H	144/86	69		25-6	
24 H	156/110	64		36,1	

18:00: Realizada medição
de horário e gav

coren 986952



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	DN		
PACIENTE	SAULO MESQUITA DE SOUSA				
DIAGNÓSTICO	FX DE PLATO TIBIAL, E				
ALERGIAS					
IDADE	HAS	DM2			
ITEM	LEITO	401-2	DATA	05/11/2019	
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				HORÁRIO
2	AVP				manhã
3					
4	SSVV + CCGG 6/6H				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				
13					
14	<i>Sobrevoo de avião</i>				
15					
16					
<u>SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI <u>E OU</u> GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

Evolução médica:

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

EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, COM TALA EM MIE .

PREVISÃO DE ALTA:

Carlos Augusto da Rosa
Médico
CRM-RR 1964

SINAIS VITAIS		PA	FC	FR	T	DR AUGUSTO CAVALCANTE
6 H						CRM-RR 1964
12 H	127/84	72	20	36/10		RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
18 H	133/84	61	18	35/10		TRAUMATOLOGIA
24 H	93/80	71	19	35,6C		

Gram - med. d.P.m + SSV +
cuidados de enfermagem -
24/11/2019



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

PEDIDO DE PARECER

UNIDADE:

NOME:

DADE:

REGISTRO:

BLOCO:

ENFERMARIA:

LEITO:

UTI:

EMERGÊNCIA:

DE:

Dados Clínicos:

Ortopédia

PARA:

Cardiologia

paciente DNI, Bigastro,
com quadro de pleio

F. 11 E. Sob Rio Cimango

6/11/19

Data

Dr. Augusto Paiva
Médico Presidente
Ortopedista e Traumatologo
CRM-RN 1834

13:39

Respondemos no anterior!

07/11/19

Data

X
Dr. Ana C. Cardiologia-E.
CRM-RN 2029

Médico



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

DN

PACIENTE SAULO MESQUITA DE SOUSA

DIAGNÓSTICO FX DE PLATO TIBIAL E

ALERGIAS

HAS

DM2

IDADE

LEITO

401-2

DATA

09/11/2019

AVT
huan
Q

ITEM

HORÁRIO

1 DIETA ORAL PARA DM E HAS

St

2 AVP

mânta

3

4 SSVV + CCGG 6/6H

D. time

5 DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN

23/45

St

6 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA

06

7 PLASIL10MG EV 8/8H S/N

06

8 TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN

5

9 SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

5

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

5

11 CURATIVO DIÁRIO

h

12

13 CONTROLE RIGOROSO DE GLICEMIA CAPILAR 6/6H

11/45 12/45 13/45 14/45 15/45 16/45

14

12/45

15

Tracol. Fath

16

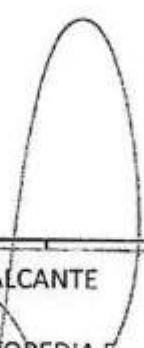
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE
50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, COM TALA EM MIE .

PREVISÃO DE ALTA :



SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR		DR AUGUSTO CAVALCANTE
12 H	140x86	76	—	35,8	CRM-RR 1964
18 H	118x102	66	—	35,8	RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
24 H	128x84	68	18	36,3	TRAUMATOLOGIA

23h. Dextral 125mg. rey.

O B5 - Segue prescrição do Dr. Everson Mississipi

Alvarenga
CB FERRE
13/11/2019



paciente vítima de acidente de trânsito há 7 dias, com fratura de plato tibial esquerdo, refere dor no local da fratura ontem diaria. Apresentou nos controles de enfermagem níveis pressóricos elevados, restante dos sinais vitais estáveis. Funções fisiológicas mantidas. Aceita bem a dieta ofertada por via oral. Nega náuseas e vômitos. Exames do dia 08.11 : leuc. 13.5 , eri. 3.98 ht. 38,10% plq 251000, creat. 1.08 ureia 42,47 pcr 47.50

SETOR: PAAR	ENF: 401	LT: 02	DN:	DI/HGR:
PACIENTE: SAULO MESQUITA DE SOUSA				
HD-FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO				

PACHENTE; SAULO MESQUITA DE SOUSA

卷之三

HOMERATURA DE PIATÓ TIBIAL ESQUIERDO

DATA AND METHODS

111

1. BRIEFING / INDEX

卷之三

A DEDICADA DA MÍDIA

ε = TII ATD 20 = -FV 1 = 12/121

6 AAS 1000 ms | 200 ms VO units advance

C/ paciente 7. Ablock value 1 comp VO apés 0 al

8. Espíritu en la clínica | como VO 2x ao dia

9. Sintomas atípicos] como VO à noite

10. TRAMAL 100MG EV DE 8/8H SHE

11. DRAMIN LAMP IM 8/8 horas

12. CLEXANE 40MG SC 1X DIA

13. SIMETICONA 40GGOTASOUICPVi

14. Captopril 25mg VO se PAS > 160 e/ou

13. DEXTERO DE 6/6H E CORREÇÃO

10.CC05 + 335V

na farmácia, de tem de 40mg.
Paciente n deixa os horários
de prescrição, ele tem o
costume de não morar no
medicamento (VO) Ave 60.

ESQUISSE D'INSITUTA BECCHI AD

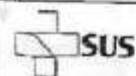
Até 200: 0	301 - 350: 06 UI			
201 - 250: 02 UI	351 - 400: 08 UI			
251 - 300: 04 UI	>401: 10 UI Chumac Planotista			
GH 50% - 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL				
REGISTRO DE ENFERMAGEM				
SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS				
Horário	06h	11h	17h	23h
PA	141/80	130/80	170/102	132/85
FC	65	61	64	65
Tax	36,5	36,6°C	35,8°C	33,6
FR				
Evacuação				
Diurese				
Distro		142 ml	154 ml	158 ml
Insulina Regular				
SNG				
Dreno				

Am 11.11.1910/1911 Rechte long mod. Negus
entzündlich
184 Nov. tem. 101° (3) de 20mg
na temática, de tem de 40mg.
Patienta n. degue os dentários
da prescrição, de tem o
controle dos dentários den
medicamento (u/o) Ave. End. Oficinier

A
vulto 26.02.2020

Anexo I

BLOCO A


 Sistema Único de Saúde
 Ministério da Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**
Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Santo Menegatto de Souza

6 - N° DO PRONTUÁRIO
176614

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

30820156493618145

8 - DATA DE NASCIMENTO
16/2/75

9 - SEXO

Mas. Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Santo Menegatto de Souza

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD: 659941386112
Nº DO FONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua Capivari 490 Bairro Soturno

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BV

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

RJ

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

 paciente Sidernealdo de Souza
 de 70 anos fêmea

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As Acins

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

Rx + exame fígado

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CLÍNICA

27 - CARATÉR DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS () CPF

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

23/02/2020

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050551

S 821

10499

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

37 - N° DO BILHETE

38 - CNPJ EMPRESA

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO() EMPREGADOR() AUTÔNOMO() DESEMPREGADO() APOSENTADO() NÃO SEGURADO
AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

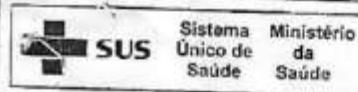
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

23/2/20

0408050551

S 821

10499



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

2 - CNES
231965-9
4 - CNES
231965-9

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
SAULO MESQUITA DE SOUSA

6 - N.º DO PRONTUÁRIO
00176614

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
708205649368145

8 - DATA DE NASCIMENTO
16/02/1975

9 - SEXO
1 - Masculino

10 - RACA / COR
BRANCA
10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE
MARIA MESQUITA DE SOUSA

12 - FONE DE CONTATO
(95) 99113-8612

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
SAULO MESQUITA DE SOUSA

14 - FONE DE CONTATO
(95) 99113-8612

15 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)
RUA: CAPRICORNIO - 790 -- CIDADE SATELITE

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO, U.F.
140010 RR 19 - CEP
69.317-494

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
BOA VISTA

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - N.º DO DOCUMENTO (CCNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

CIRURGIA GERAL

ELETIVO

C. N. S.

201551414940005

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

VITOR MANUEL MONTENEGRO DA COSTA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23/02/2020

35 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Vitor
Montenegro
da Costa

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N.º DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ DA EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

38 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

APOSENTADO

NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

52 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

CNS

CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Data 24.2.20

O.S. _____

Santo Antônio
do Sossego

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: Extracção de pedra filial F

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

IRURGIÃO: Vitor Moreirinha1º auxiliar: Leonardo Galvão

2º auxiliar: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º auxiliar: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

① paciente em DDA com sedoanalgésico
② Anágolo e ondaspirol
③ doloroso de corpo inteiro
④ Tórax enovelado e protetor medido no
julho F com dimensão por placa de lado
de jardim, nalgas e lombar em régis
medido com foliómetro de placa D. 30
medido e lado com foliómetro lado
com 9 centímetros sendo 3 empilhados para
restar 6 centímetros de lado
obs: o maior diâmetro da dor
lateral em 22.
⑤ LSC com 540.91 + sedoanalgésico com
Veril e Nylon
⑥ cardíaco
DAS RPN

*Dr. Vitor Moreirinha
Interned Operatório*



OK

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		45 a	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Saulo Wiesquita de Souza			117-03		24/02/2020
TIPO		CIRURGIA			
Osteossíntese de plato tibial (2)		INICIO	FIM	TEMPO DE DURAÇÃO	
		14:33	16:00	TEMPO TOTAL	
CIRURGIÃO		EQUIPE MÉDICA			
Túlio Mendes		ANESTESISTA:	Fabrion		
1º AUXILIAR	Leonardo	RES. ANESTESIA:	Rai Garrison		
2º AUXILIAR	R. Fernando	INSTRUMENTADOR			
TIPO DE ANESTESIA: Sedação + Ráqui		CIRUCLANTE			
		Oliangela / Raimundo			
TIPO DE ANESTESIA: Sedação + Ráqui		TEMPO DE DURAÇÃO:			
OUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
10	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		10	FRASCOS- SORO FÍSIOLOGICO - 500 ml	
10	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
10	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
10	LUVA ESTERIL 7.5		10	FIO VICRYL Nº 2.0	
10	LUVA ESTERIL 8.0	Aladuras (rapos 30s)	10	FIO MONONYLON Nº 2.0	
10	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
10	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS (P/M/G)			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
10	LÂMINA BISTURI Nº 22			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
10	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
10	DRENO DE TORAX Nº	10 mm x 10 cm		FIO PROLENE Nº	
10	DRENO DE PENROSE Nº	Equipo macro	10	FIO SEDA Nº 0000	
10	SERINGA 01ML		10	SURGICEL Agulha 40x12	
10	SERINGA 03ML	Op. condutor	10	CERA P/ OSSO luvas limas (P)	
10	SERINGA 05 ML		10	KIT CATARATA Nº Agulha p/ ráqui Nº 25	
10	SERINGA 10ML		± 80ml	GEOFOAM PUPP Topico	
10	SERINGA 20ML		± 80ml	FITA CARDIACA Escovinha p/ ossos	
10	Eletrôdes		± 100ml	OUTROS: Cloreclina 2%	
10	Cadeir de O2				
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS			
	Luciano / Solange	SUB- TOTAL			
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA			
		TAXA DE ANESTESIA			
		SOMA			
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: Ortopedia		Procedimento Realizado: Osteosíntese de plato lâbial (E)	
Nome do Paciente: Saulo Mesquita de Sousa		IDADE: 45 a	SEXO: F () M (X)	Nº do Prontuário 176614	Data 24/02/2020
Bloco: A	Enfermaria: 107	Leito: 03	Nº da Sala 04	Circulante de Sala: Eduardo / Reimundo	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: Rx. Grandes fragmentos					

Hospital Geral de Roraima (✓)

Dados Adicionais:

March 2000

ITEM	DESCRÍÇÃO DO ITEM	QUANT
01	Placa DCP Esquerda - 05 furos	1
02	Parafuso lóptico Ø 4,5 - 34 mm	9
03	" " " - 38 mm	1
04	" " " - 42 mm	1
05	" " " - 44 mm	1
06	" " " - 46 mm	1
07	Parafuso Espessoso R. 32 - 60 mm	1
08	" " " - 70 mm	1
09	" " " - 75 mm	1

MÉDICO CIRUJÃO: Walter W. Gonçalves

1º AUXILIAR: Leonardo Rabelo

INSTRUMENTADOR:

Empresa () Nome da Empresa: SIRIUS () / SINTESE () / QUANTUM () ~~ou~~ Matca:
ATHENA () / MACON ()

MÉDICO CIRURGIANO: _____ 1º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADOR: _____

1º VIA- PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2º OPME/CME

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 • Boa Vista – Roraima - Brasil
Fone: (0xx95) 2121 0637
E-mail: hgr@corpo.com.br

100

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	HORÁRIO E CHECAGEM
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		
() Risco de Queda Prevenir queda	() Manter grades elevada na RPA	
() Risco de Broncoaspiração Prevenir Broncoaspiração	() Monitor nível de Consciência reflexo de tosse, náuseas e capacidade de deglutição na RPA	
(X) Risco de Infecção Manter o equilíbrio hídrico, eletrolítico e ácido - básico	(X) Observar condição de incisão cirúrgica e cateteres a cada 15 minutos na primeira hora e sucessivamente a cada 30 minutos (X) Monitorar sinais e sintomas de infecção (edema, hipertermia, calor, rubor e hipertermia) (aumento de temperatura, rubor facial e sudorese)	PAS PES
() Risco de Glicemia Instável Prevenir ocorrências de hiperglicemia e de hipoglicemia	() Monitorar temperatura e comunicar alterações () Monitorar sinais e sintomas de hipotermia (queda de temperatura, tremor) e de hipertermia (aumento de temperatura, rubor facial e sudorese) () Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca) acima de 150 mg/dl () Realizar controle de débito de glicemina capilar, se prescrito. Comunicar se abaixo se 65 mg/dl e acima de 150 mg/dl (X) Observar condições do curativo e comunicar alterações (X) Proporcionar alinhamento do corpo do paciente	
(X) Integridade da pele prejudicada Propiciar a recuperação adequada da pele	(X) Observar alterações de sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e respiração) (X) Administrar medicação conforme prescrição médica	
(X) Dor aguda Controle da dor e promover conforto	() Observar padrão respiratório (frequência e amplitude) e anotar () Instalar cotter de O2 conforme prescrição médica	
() Padrão Respiratório Ineficaz Proporcionar troca gassosa adequada e manter permeabilidade das vias aéreas	() Observar, anotar e comunicar queixas de náuseas () Administrar os medicamentos antieméticos, conforme prescrição	INTIMA e PES
(X) Náuseas Controle / Ausência de náusea	() Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente	PES / Sustentório
(X) Ansiedade Controle de ansiedade	() Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente	
() Confusão Aguda / Crônica	() Orientar paciente / família sobre os cuidados no pós operatório.	
() Comunicação Verbal prejudicada		

13:30 24/02/2020

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Adm na sala 4 para procedimento eletrico de fratura da tibia (X) punzicando APG em NSE (Saio 18), adicionado na oculto dor no, nonfro- zado, quando veio a equipe médica para inicio do procedimento. Parâmetros: PT: 157 x 100 FC: 82, SPO2 99%.

Nº: 05 Judicando que a estase, o paciente MJE em 145 16min. Sufoco de bronquiectasias, 46.331 pulmônico em Níveis. Paciente está na sala de enfermagem. CIC-01 SARA com Volemia está na 375-120

Responsável:

f 375-120

375-120

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Sabine Braga e-mail seuvc Anestesista Dr. Fabrício
Responsável Cirurgião

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

OXÍMIMENTRO 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 SANGUÍNEA > 500 ml

Não Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos Dr. Euvaldo Dr. Ivan Dr. J

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

Sim

Não se Aplica

Data 24/02/2020 Assinatura Dr. Ivan Hora: 14:30

ANTES DA INCISÃO

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- Identificação do paciente
- Sítio cirúrgico
- Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

REVISÃO DO CIRURGÃO:
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.

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

O CIRURGÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE
() Sim Não Não se Aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

- 1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

Sim Não

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

Sim Não Não se Aplica

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

Sim Não Não se Aplica

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

O CIRURGÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE
() Sim Não Não se Aplica

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

Não se aplica

Sim, Qual: cefazolin 1g Hora: 14:30

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

Sim

Não se aplica

Assinatura e Carimbo

Data 24/02/2020 Assinatura Dr. Ivan Hora: 14:30



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE SAULO MESQUITA DE SOUSA			
AGNÓSTICO FX PLATO			
ALÉRGIAS		HAS	NEGA
IDADE		LEITO	117-3
ITEM		PRESCRIÇÃO	
1		DIETA ORAL LIVRE	
2		ACESSO VENOSO PERIFERICO	
3		SF 0,9% 500ML EV 12/12H SN	
4		DIPIRONA 500MG EV 6/6H	
5		Tilatil 20mg EV 12/12h	
6		TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR I	
7		NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM	
8		OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	
9		METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10		SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN	
11			
12			
13		Clindomicina 600mg EV VO de 6h h 12 18 24 06	
14			
15			
16		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
17		SSVV + CCGG 6/6 H	
18		CURATIVO DIÁRIO	
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, ACIÁNOTICO, ANICTÉRICO, AFÉBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUÇA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALIA:

paciente se recuperou bem
de pos cirurgia, pulso
regular e doloroso.

SINAIS VITAIS				DR. PEDRO DE SOUZA FAUSTO MEDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 2028
6 H	PA	FC	FR	
12 H	120x80	75		36c
18 H	120x70	80		36a
24 H				

065 140/90 65 36c



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Paulo Henrique Soárez, ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 22/01/90, COM
DIAGNÓSTICO DE osteoblastose

NO DIA 24/01/90, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Osteoblastose, SENDO

OPERADO PELO DR. Leomar E DR. Victor Henrique

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 27/01/90, AS 10:00, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 11/02/90, AS 10:00, COM O
DR. Leônidas S. M. M. NO DIA 11/02/90

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 Victor Henrique

BOA VISTA, 27/01/90

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RAM 1000
MEDICO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200320973 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA **Data do acidente:** 20/07/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA SUBTROCANTRÉICA E SUPRACONDILIANA DO FÉMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACAS E PARAFUSOS, EVOLUIU COM OSTEOMIELITE) E ALTA MÉDICA.

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 MODERADA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁGINAS 01, 44, 141, 147, 148, 149, 150 E 152.

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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0246608/20

Vítima: SAULO MESQUITA DE SOUSA

CPF: 447.011.363-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/11/2019

Titular do CPF: SAULO MESQUITA DE SOUSA

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

SAULO MESQUITA DE SOUSA : 447.011.363-87

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 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: 01/09/2020
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: SAULO MESQUITA DE SOUSA

Identidade: 389701-0 SSP/RR CPF: 447.011.363-87

Naturalidade: MATIAS OLÍMPIO/PI Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: UNIÃO ESTÁVEL

Endereço: RUA CAPRICORNIO, 790 – CIDADE SATÉLITE / CEP: 69.317-494

OUTORGADO:

Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Nacionalidade: BRASILEIRA Estado Civil: CASADA

Profissão: FUNCIONÁRIA PÚBLICA Identidade: 80232 SSP/RR CPF: 294.316.382-15

Endereço: RUA JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA, 359 - CARANÃ

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante: a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT ; HOSPITAL GERAL DE RORAIMA; HOSPITAL DAS CLÍNICAS; POLICLÍNICA COSME E SILVA; CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA; SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA / SAMU e POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA.

Boa Vista-RR, 20 de agosto de 2020.

Paulo Mesquita de Souza
Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

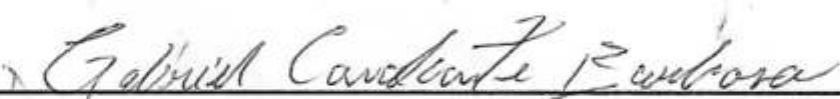
Nome: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA
Identidade: 468077-4 SSP/RR **CPF:** 053.316.052-90
Naturalidade: BOA VISTA/RR **Nacionalidade:** BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Endereço: RUA LINHA FINA, 289 – JOQUEI CLUBE /CEP: 69.313-038

OUTORGADO:

Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
Nacionalidade: BRASILEIRA **Estado Civil:** CASADA
Profissão: FUNCIONÁRIA PÚBLICA **Identidade:** 80232 SSP/RR **CPF:** 294.316.382-15
Endereço: RUA JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA, 359 - CARANÃ

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante: a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT ; HOSPITAL GERAL DE RORAIMA; HOSPITAL DAS CLÍNICAS; POLICLÍNICA COSME E SILVA; CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA; SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA / SAMU e POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA.

Boa Vista-RR, 15 de agosto de 2020.



Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0252423/20

Vítima: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA

CPF: 053.316.052-90

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/07/2019

Titular do CPF: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA : 053.316.052-90

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 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: 08/09/2020
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0246551/20

Vítima: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA

CPF: 053.316.052-90

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/07/2019

Titular do CPF: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA : 053.316.052-90

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 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: 01/09/2020
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO