

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

---

Rio de Janeiro, 21 de Julho de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200255457**      **Vítima: LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO**

**Data do Acidente: 29/02/2020**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO**

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

**Senhor(a), LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

**Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200255457**      **Vítima: LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO**

**Data do Acidente: 29/02/2020**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO**

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\$ 4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =      R\$ 4.725,00

**Recebedor: LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO**

**Valor: R\$ 4.725,00**

**Banco: 001**

**Agência: 000005780-0**

**Conta: 000010012604-9**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

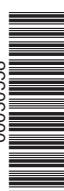
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
 017.415.952-76 Luis Felipe Nogueira Rego

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

5 - Nome completo: Luis Felipe Nogueira Rego  
 6 - CPF: 017.415.952-76  
 7 - Profissão: autônomo  
 8 - Endereço: R. José Dias Carneiro  
 9 - Número: 990  
 10 - Complemento: 11 - Bairro: Boa Vista  
 12 - Cidade: RR  
 13 - Estado: 14 - CEP: 69.317-230  
 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 9913-3865

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  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  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: 5780 CONTA: 12604 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 do acidente de trânsito causado por veículo a motor, conforme a 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 compenheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou compenheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiros (viventes):  Sim  Não 31 - Vítima  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 cliente, 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/beneficiário (se houver) 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 - 1<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data: \_\_\_\_\_ 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

44 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 45 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00009083/2020-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 10/06/2020 14:06:10 Data/Hora Fim: 10/06/2020 14:06:10

Delegado de Polícia: Marcus Antônio de Paiva Albano Junior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 29/02/2020 22:36

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Alvorada

Logradouro: Av. DOS GARIMPEIROS C/ RUA ADAIL OLIVEIRA ROSA

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1083: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA	Não Houve

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO (EN VOLVIDO )		
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Idade 36
Profissão: Não Informado		
Estado Civil: Solteiro(a)		

Documento(s)

RG: 3567109

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA JORGE DIAS CARNEIRO

Nº: 990

Bairro: ALVORADA

Nome Civil: RENIER NEGREIRO GOIS (EN VOLVIDO )		
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Idade 27
Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais		
Estado Civil: Solteiro(a)		

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: TRAVESSA GUANABARA

Nº: 173

Bairro: Joquei Clube

Nome Civil: DAYANA BRAGA DE SOUZA (EN VOLVIDO )		
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Idade 22
Estado Civil: Sem Informação		

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA JORGE DIAS CARNEIRO

Nº: 990



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00009083/2020-A01

Bairro: ALVORADA

Razão Social: POLICIA MILITAR (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição MOTOCICLETA	CPF/CNPJ do Proprietário 663.897.552-87
Placa NBA1749	Renavam 00495833100
Número do Motor JC48E2D013652	Número do Chassi 9C2JC4820DR013652
Ano/Modelo Fabricação 2013/2012	Cor ROSA
UF Veículo RR	Município Veículo Boa Vista/RR
Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES	Modelo HONDA/BIZ 125 ES
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	Última Atualização Denatran 29/05/2015
Situação do Veículo NADA CONSTA	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Luis Felipe Nogueira Rego	Possuidor
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição MOTOCICLETA	CPF/CNPJ do Proprietário 337.038.333-00
Placa NAI8938	Renavam 00149278691
Número do Motor JC25E-T069883	Número do Chassi 9C2JC250TTR069883
Ano/Modelo Fabricação 1996/1996	Número da Carroceria 0
Cor AZUL	UF Veículo RR
Município Veículo Boa Vista/RR	Marca/Modelo HONDA/CG 125 TITAN
Modelo HONDA/CG 125 TITAN	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 11/05/2004	Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Renier Negreiro Gois	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Senhor Delegado:

Que o Rap PM numero B11789 informa que foram acionados via CIOPS para atender uma ocorrência de trânsito com danos materiais e lesão corporal, no local foi constatado o sinistro. Conforme constatado no local o senhor RENIER NEGREIRO, condutor do veículo de placa NAI 8938 trafegava pela Avenida DOS GARIMPEIROS sentido RUA FRANCISCO ANACLETO DA SILVA. Quando no cruzamento com a Rue ADAIL OLIVEIRA ROSA interceptou o veículo conduzido pelo o senhor LUIS FELIPE, que trafegava na referida Rua sentido BAIRRO CENTRO. Que o condutor Luiz Felipe sofreu uma fratura aberta no pé direito, e a passageira que diz chamar se DIANA BRAGA DE SOUZA sofreu um fratura aberta na perna esquerda, sendo ambos levados ao Pronto Socorro pelo resgate do SAMU. Que Luiz Felipe apresentava visível estado de embriaguez, não sendo este submetido ao exame de alcoolemia alveolar com o etilômetro por não oferecer condições para tal, sendo este autuado por dirigir veículo sem possuir CNH. Que Renier foi submetido ao teste de alcoolemia alveolar com o etilômetro e



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00009083/2020-A01

teve como resultado 0,0. A perícia foi acionada para o local onde foram realizados os trabalhos chefiados pelo perito SILVIO. Que Renier foi autuado por dirigir veículo sem possuir CNH. Após os procedimentos realizados no local o veículo de Renier ficou aos cuidados do próprio condutor e o veículo de Luiz Felipe ficou aos cuidados dos familiares. Apresentam Renier por dirigir veículo sem possuir CNH. Era o que tinha a relatar.

A VÍTIMA DAYANA BRAGA DE SOUZA (QUALIFICADO NO B.O EM EPÍGRAFE), COMPARECEU NESTA DELEGACIA PARA ADITAR/ACRESCENTAR/CORRIGIR NESSE BOLETIM DE OCORRÊNCIA, PARA FINS DE SEGURO DPVAT, ALGUNS DADOS, BEM COMO SEU NOME COMPLETO, QUE DAYANA AFIRMA QUE SEU NOME É DAYANA BRAGA DE SOUZA (EM ANEXO CARTEIRA DE TRABALHO E DOCUMENTAÇÃO MÉDICA), NÃO DIANA BRAGA DE SOUZA INFORMADO ERRONIAMENTE NO REGISTRO. É O ADITAMENTO/ACRÉSCIMO/CORREÇÃO.

QUE PARA OS DEVIDOS FINS DE DIREITO, EU HUALACY SEELIG, S. DÉ SOUZA, ESCRIVÃO DE POLICIA È AD-HOC, CHEFE DE SEÇÃO DA POLICIA CIVIL, MATRÍCULA Nº 020118684, RESPONSÁVEL POR ESTE ADITAMENTO B.O, ORIENTEI QUE O COMUNICANTE PODERIA RESPONDER CIVIL E CRIMINALMENTE PELO PRESENTE RELATO QUE DEI ORIGEM, SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, CONFORME PREVISTO NOS ARTIGOS 339-DENUNCIAÇÃO CALUNIOSA E 340-COMUNICAÇÃO FALSA DE CRIME OU DE CONTRAVENTO DO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO.

ASSINATURAS

*Hualacy Seelig S. De Souza*

Hualacy Seelig S. De Souza  
Escrivão de polícia "ad-hoc"  
Chefe de Seção da Polícia Civil do Estado de Roraima  
Matrícula 020118684

**RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO**

*Dayana Braga de Souza*

Comunicante

"Docum para os devidos fins de direito que sou eu (a) unico(a) responsável pelas informações acima assinadas e deixo que possam responder civil e criminalmente pelo presente documento que del relatem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação 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:

DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

017.415.952-76 Luis Felipe Nogueira Rego

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

5 - Nome completo:

Luis Felipe Nogueira Rego

6 - CPF:

017.415.952-76

7 - Profissão:

8 - Endereço:

autônomo R. José Dias Carneiro

9 - Número:

9 - Número:

990

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

RR 69.317-230

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

9913-3865

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\$1.001,00 ATÉ 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)

Bradesco (237)  Itaú (341)

Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 5780

CONTA: 12604

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da 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 da 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 do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme a 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 compenheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou compenheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:  Falecidos:

30 - Vítima deixou  Sim  Não

31 - Vítima  Sim  Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Falecidos:

33 - Vítima deixou  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 beneficiária nº 00165442

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:

*Bra. Uste RR 03 de julho*

*\* Luis Felipe Nogueira Rego*

38 - 1º | Nome:

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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 POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

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

CLIENTE: LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 05780-0

CONTA: 000010012604-9

---

Nr. da Autenticação F232CBBB15B90C96



CNPJ: 05.938.467/0001-15  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.655.426-3  
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP: 09.306-615

ATENDIMENTO  
CAERR  
0800 280 9520  
www.caerr.com.br

Matrícula: 1358189 | Fevereiro/2020

Dados do Cliente:

FRANCINETE PEREIRA DOS SANTOS VIANA

Endereço para entrega:

RUA JORGE DIAS CARNEIRO, 00990 - 1 - ALV  
CRACIA BOA VISTA RR 69317-232

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.019.025.0280.001	29	2659	RESIDENCIAL
Hidrômetro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
A18C018764	24/11/2018	LIGADO	LIGADO
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m <sup>3</sup> )	NUM DE DIAS
LEITURA FAT.	149	158	9
LEITURA INF.			27
DT. LEITURA	24/01/2020	20/02/2020	

ULTIMOS CONSUMOS

	Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor				
	Informações das Medidas Realizadas na Rede de Distribuição				
	MINISTÉRIO	CLORO	TURBIDEZ	OGP	CONFORME
EXIGIDAS	160	160	160	160	160
ENAC (SADE)	242	242	242	242	242
CONFORMES	242	242	242	242	242

DESCRICAOS

CONSUMO TOTAL(R\$)

AGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE AGUA	9 M3	23,83
ESGOTO	80,0 % DO VALOR DE ÁGUA	19,06
JUROS DE MORA 11/2019		0,55

ENCERTEMO 15/03/2020 | TOTAL A PAGAR 43,44

IMPRESSO EM: 29/02/2020 09:14:27:13

Via do Cliente



## RORAIMA ENERGIA

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

IE: 240070223

## VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4853965

**ELIETE ARAUJO DA SILVA**

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

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

RR

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

## OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



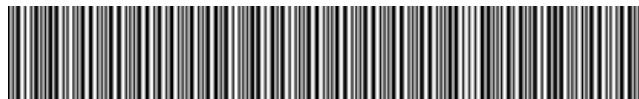
## RORAIMA ENERGIA

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

IE: 240070223

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

836400000052.52250075008.000000000703.349403200059



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: 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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações da profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, para determinação de referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, FÉRVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGUERO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM PÓR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI N°9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves França  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 205.396.343-20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Luis Felipe Nogueira Rego inscrito (a) no CPF sob o N° 017.115.952-76,  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz, da Vítima Luis Felipe Nogueira Rego  
inscrito (a) no CPF sob o N° 017.115.952-76, 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 à 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>294</u>	Complemento:				
Bairro:	<u>Laura Moreira</u>	Cidade:	<u>Bonito</u>	Estado:	<u>RR</u>	CEP:	<u>69.318-050</u>	
E-mail:	<u>WFranca.9926@gmail.com</u>						Tel.(DDD):	<u>99113-3855</u>

Local e Data: Bonito RR 07 de julho de 2020

William Gonçalves França

Assinatura do Declarante

Reclassificação  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.

Reclassificação  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.

Reclassificação  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.

2001225858 29/02/2020 23:22:58

**FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA**

NOTURNO 19- 33

Paciente <b>LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO</b>	Data Nascimento 21/01/1994	Idade 26 A 1 M 8 D	CNS	CPF 07	Prontuário
Sexo M	Estado Civil PARDA	Raça/Cor	Naturalidade IBOA VISTA - RR	Nacionalidade BRASILEIRA	
Mãe <b>ANAIDE NOGUEIRA REGO</b>	Paiz NI		Contato (55) 99102-0009	Ocupação	
ENDERECO RUA - ARARICUERA - SN - SAO VICENTE - BOA VISTA - RR					
Class. de Risco	Plano Convênio <b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>	Nº da Carteira	Validado	Autorização	Sis. Prenatal
Motivo do Atendimento <b>ACIDENTE DE MOTO</b>	Caráter do Atendimento <b>URGÊNCIA</b>	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
Sector <b>GRANDE TRAUMA</b>	Tipo de Chegada <b>SAMU CAPITAL</b>		Procedimento Sol.		Pressão
Quixxa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue				

*- Colisão moto x moto*

Anamnese de Enfermagem

GSC  
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h) Recente trazido pelo SAMU em  
proximidade ao local + cinto cefálico, no momento bateu  
o motor de moto que adentrava a estrada isolada  
no, acompanhante relata que ele usava cinto de  
segurança. + Puxa moto com cinto cefálico, paciente  
volta sem cinto cefálico. Exame: paciente consciente  
sob efeito de relaxante + sedativo; CAR: Mkt D/RA  
ABD: RENO, Glúteo, RHA (0) D/ Vm6, Ext. hérnias em m/  
SADT - Exames Complementares  
 RAIOS-X  ULTRA-SON  LTC  SANGUE  URINA  ECG  OUTROS:

**PREScrição**

**APRAZAMENTO**

**OBSERVAÇÃO**

*1) Morfina 10mg + 90ml Nf Faz 3ml repetir de 3x (07/01)*  
*2) Lactato 500ml*  
*3) Bicarbonato 10g EV*  
*4) Gentamicina 240mg EV*

*WC*

**Conduta**

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

- Ambulatório  
 Observação (Até 24h)  
 Internação

Data e Hora da Saída/Alta:

**Óbito**

Antes do 1º Atendimento?  Sim  Não Destino:  Família

IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

*RP*  
Carimbo e Assinatura do Médico

*\* Realizo TC de crânio s/ el. febre  
 + Sento observar os exames gêneral.*



<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>				
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				2 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES			
<b>Identificação do Paciente</b>							
5 - NOME DO PACIENTE				6 - N° DO PRONTUÁRIO			
Ivan Felipe Nogueira Reis				178880			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO			
				/ /			
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				9 - SEXO			
Irene de Nogueira Reis				Masc <input checked="" type="checkbox"/> 1		Fem <input type="checkbox"/> 3	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)				11 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE			
R. Ipiranga - 50 - São Vicente				000			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO			
São Vicente				15 - UF			
				16 - CEP			
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>							
<p>Paciente com múltiplos fracturas expostas de pé <input checked="" type="checkbox"/> + Fratura de perna <input checked="" type="checkbox"/> + Fratura de tibia <input checked="" type="checkbox"/></p>							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO							
HO Weyco							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)							
Raios X + RX + ex. Fisiológico							
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL				21 - CID 10 PRINCIPAL			
Fractura de tibia + perna				22 - CID 10 SECUNDÁRIO			
				23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO		29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
Hospital				<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		Dr. B. A. Fagundes	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				31 - DATA DA SOLICITAÇÃO			
Dr. Souza				01/10/20			
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)</b>							
33 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURODORA		37 - N° DO BILHETE		38 - SÉRIE	
34 - <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 A PREVIDÊNCIA - <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR		43 - AUTÔNOMO <input type="checkbox"/>		44 - DESEMPREGADO <input type="checkbox"/>		45 - APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO <input type="checkbox"/>	
<b>AUTORIZAÇÃO</b>							
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR			
45 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF				46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 1/10/20				48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			
04080500098 → 5723							
0408050462 → 5977							
V799							
0408050500 → 5822							

Wes Felipe  
NegativoData: 01/05/20

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

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Exostose da Pele e Perne (D) + fer (V)

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

AO Unico

TIPO DE INTERVENÇÃO:

LNC + Fixo

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

— GNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGÃO: Dr. Fausto1º auxiliar: Dr. Pedro Et

2º auxiliar: \_\_\_\_\_

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

3º auxiliar: \_\_\_\_\_

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

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

ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_

INÍCIO: \_\_\_\_\_

FIM: \_\_\_\_\_

DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

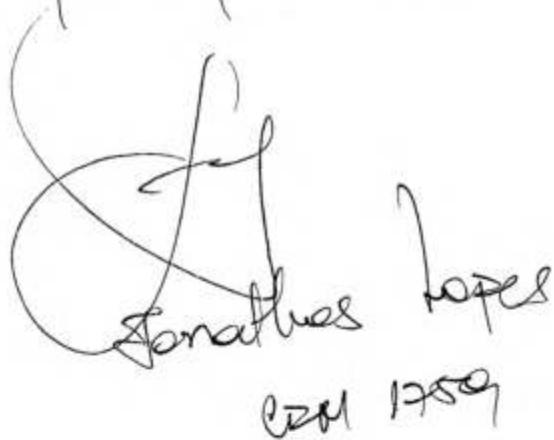
- 1 - Paciente em DDH sob anestesia
- 2 - Anestesia + antisseptica + colon
- 3 - de cancro
- 4 - LNC exostosa com Sef 0,97.
- 5 - fixado da Pele com fixador extrins 300
- 6 - Fixado de multiples fracturas
- 7 - da pi (D) com fios de Kirschner
- 8 - Fixado da fer com frácas transversais
- 9 - LNC + cutanea por placa
- 10 - RPA

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

Continuar

Observada infusão levemente de partes  
molhes de ~~esse~~ ~~esse~~ vaselina anterior e  
comunicação de ~~esse~~ pé

Após a fratura o pé do paciente  
permaneceu exangue na região  
distal e impossível de descolar de imediato  
devido vaselina principalmente no  
hálux.



Sonathes Lopes  
20/1/1959



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Lutz Felipe Nogueira REGO

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

N°

01.03.2020

05

06

07

AGENTES

N 20

02

LÍQUIDOS VENOSOS

A

B

V

D

E

ANES

X

OP

O

TEMP

□

ASPIR.

A

RESP

D

Expir.

Assist

Conso

SÍMBOLOS

X 0

0 1

A 1 B 0 1

DOSES

TÉCNICA

ANESTESIA LORÉAN

MEDEINA HIPERBÉTICA

SIMPLÉS

ANOTAÇÕES

X CHECK OUT NR. ANESTESIA  
+ MONITOREAMENTO

1- ASSESSIA + ANESTESIA  
ON RECENTE LORÉAN COM MÉDIA  
70%.

2- LIGAÇÃO DE CORPO ESTÉRIL

3- INFILTRAÇÃO POR REGRAS  
SUPERFICIEIS E PROFUNDAS  
COM LIDO 2%.

4- PUNÇÃO COM AGUETA SÍNUSICA  
956, EUTICE 13-14

AGENTES

A BUPIVACAINA 0,5%.

B 12mg

C

D

E

F

G

GLICOSE

LÍQUIDOS

Cálcio - Naso / Ora Faringea

Naso / Crotáquida - Céja

Bri - Tampo - Calibre do Tubo

Sob Máscara

Dificuldade Táctica

NAO

TEMPO DE ANESTESIA

TOTAL

OPERAÇÃO

TRATAMENTO URGENCIA

DE FRACTURA EXERTA TORACOZELA (D)

Laringo - Espasmo - Excesso Secre

Depressão Respiratória - Hipoxia

"Bucking" - Vômito

Hemorragia - Anemia

Bri Táctica - Choque

ANESTESIA

DR. EDIMO

CÓDIGO

CIRURGÃO

PERDA SANGUÍNEA

RE ELEVATION



Edimilson A. Soares

Medicina Anestesiologia

PARAÍBA RR - RUE 107

LCR (D), INJEÇÃO DE  
BUPIVACAINA 0,5%, 12mg,  
SEM INTERCACCEROS  
3- CERTELAZINA 1g

(D) Encaminhado paciente para

## PRÉ-ANESTÉSICO

Nome: \_\_\_\_\_ Enf: \_\_\_\_\_ Unid: \_\_\_\_\_ Serv: \_\_\_\_\_  
 Sexo: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Alt: \_\_\_\_\_ Classe: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
 Diagn. Pré-OP: \_\_\_\_\_ Cir. Proposta: \_\_\_\_\_ Patrol Assoc.: \_\_\_\_\_  
 Anest. Ant: \_\_\_\_\_  
 Alergia: \_\_\_\_\_  
 Alcool: \_\_\_\_\_ Fumo: \_\_\_\_\_  
 DROGAS: (Corticóide, fenotiazinico, hipotensor, narcotrófico, hipnótico,  
 digitalico, anticoagulante, diurético, antibiótico, sulfato,  
 casopressor, IMAO, outros)  
 Estado Mental: \_\_\_\_\_ Boca: \_\_\_\_\_  
 Pescoço: \_\_\_\_\_ Veias: \_\_\_\_\_  
 RX: \_\_\_\_\_  
 Fosco: \_\_\_\_\_  
 Hepatograma: \_\_\_\_\_  
 Outros: \_\_\_\_\_  
 Parecer Clínico: \_\_\_\_\_  
 PA: \_\_\_\_\_ Pulso: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_

Medicação Pré - Ant.	DOSE	VIA	HORA

Sangue: Tipo: \_\_\_\_\_ Leuc: \_\_\_\_\_ Ht: \_\_\_\_\_ Hb: \_\_\_\_\_  
 Hm: \_\_\_\_\_ tc: \_\_\_\_\_ ts: \_\_\_\_\_ p. Liso: \_\_\_\_\_  
 r. Coag: \_\_\_\_\_ Pq: \_\_\_\_\_ Ureia: \_\_\_\_\_  
 creat: \_\_\_\_\_ Glic: \_\_\_\_\_ Na: \_\_\_\_\_ mEq/l \_\_\_\_\_  
 Cl: \_\_\_\_\_ mEq/lk \_\_\_\_\_ mEq/l pH: \_\_\_\_\_ pO2: \_\_\_\_\_  
 pCO2: \_\_\_\_\_ BA: \_\_\_\_\_ BB: \_\_\_\_\_ BS: \_\_\_\_\_ BE: \_\_\_\_\_  
 URINA: d: \_\_\_\_\_ pH: \_\_\_\_\_ glic: \_\_\_\_\_ Alb: \_\_\_\_\_  
 Sedim: \_\_\_\_\_  
 Ap. gen. Uri: \_\_\_\_\_  
 AP. Resp: \_\_\_\_\_  
 AP. Circ: \_\_\_\_\_  
 AP. Digit: \_\_\_\_\_  
 S. Osteop. - Art: \_\_\_\_\_  
 S. Nerv: \_\_\_\_\_  
 S. Endoc: \_\_\_\_\_  
 Est. Fis (ASA): \_\_\_\_\_ AN. Proposta: \_\_\_\_\_  
 NB: \_\_\_\_\_

Assinatura

## PÓS-ANESTÉSICOS

### NA SALA DE RECUPERAÇÃO

Data: 04/03/2020 Hora: 8:00  
 Encamínho paciente BCG, LORIG  
 eugenico - Aldrete 79 para GT.

Induziu melo laime.

Assinatura

### NA ENFERMARIA

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

Assinatura



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

26 anos.

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Louiz. Felipe moqueira Rigo.				01 103 1020	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
TTO Cirúrgico de multiphas Fraturas de pé "D" + Fratura de Tibia + traçado tras esquelética.		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		05:28	07:30		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:	Dr. Edino.		
1º AUXILIAR	Dr. Thonatan.	RES. ANESTESIA:	Dr. Eversan.		
2º AUXILIAR	Dr. Pedro Res. 1.	INSTRUMENTADOR			
PO DE ANESTESIA: Raqui 05:10.		CIRCULANTE	Elizangela M. Djanira.		
		Jonathan.			
TEMPO DE DURAÇÃO:					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		100	FRASCOS- SORO FISIOLOGICO	500ml
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 1	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 22			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUCÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML		1	SURGICEL cateter P1 02	
	SERINGA 03ML		1	CERA P/ OSSO fitadura 20 cm	
	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATA, Nº aquilho Raqui n.º 25	
	SERINGA 10ML			GEOFOAM eloxicidin 100-foam	
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA Tópico 100-foam	
	Edificadores			OUTROS: álcool 70% 100ml.	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE		MATERIAL MEDICAMENTOS		
	Erika		SUB- TOTAL		
	Seellen				
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA		TAXA DE SALA		
	Elizangela M. Djanira		TAXA DE ANESTESIA		
	Jonathan		SOMA		
			ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		

ORTOSINTSE IND. E COM. LTDA  
Tm: 5511130484000  
FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 300  
Ref. 474702 Lote 19E001581  
Registro ANVISA: 10223710095



ESTADO DE RORAIMA  
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

**CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS**

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	Especialidade: Ortopedia	Procedimento Realizado: Tratamento de múltiplas Fraturas do pé + Fratura de Tíbia + fratura do joelho		
Nome do Paciente: Kraiz Felipe Noqueira Rego	IDADE: 26 Meses	SEXO: F ( ) M ( )	Nº do Prontuário	Data: 01/03/2020
Bloco: Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala	Circulante de Sala: Eduzamela - Lyanira Jonathan	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:				

**Dados dos materiais/Serviço**

Hospital Geral de Roraima ( )	Dados Adicionais:	Marca:
ITEM	DESCRÍÇÃO DO ITEM	QUANT
	Fixador de 300	1
	Fio de Kichinei 2,5	1
	Fio de Kichinei 1,5	1
<small>ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA Tel.: 55(11)39494200 FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 300 Ref. 4747/02 Lote: 19E001531 Registro ANVISA: 10223710095</small>		

MÉDICO CIRURGÃO: Dr. Jonathan

1º AUXILIAR: Mr. Pedro Res 1

INSTRUMENTADOR:

Empresa ( )	Nome da Empresa: SIRIUS ( ) / SINTSE ( ) / QUANTUM ( ) ATHENA ( ) / MACON ( )	Marca:
ITEM	DESCRÍÇÃO DO ITEM	QUANT
<small>ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA Tel.: 55(11)39494200 FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 300 Ref. 4747/02 Lote: 19E001531 Registro ANVISA: 10223710095</small>		

MÉDICO CIRURGÃO: Dr. Jonathan

1º AUXILIAR: Mr. Pedro Res 1

INSTRUMENTADOR:

2º VIA- PRONTUARIO 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: son.mh@uolmail.com

Dr. Pedro de S. Fausto  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RR 2054

SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA  
CENTRO CIRÚRGICO/SPRA

Nome: Wesley Felipe de Souza Reis Data de Nasc: 24/10/1994 Idade: \_\_\_\_\_ Setor/Leito: G.T  
Termo de Consentimento Cirurgia: ( ) Sim (  ) Não Termo de Consentimento Anestesia: ( ) Sim (  ) Não

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO		INTRA-OPERATÓRIO					SRPA		Sinais Vitais				
Entrada na Sala	Inicio da Anestesia	Inicio da Cirurgia	Termino da Cirurgia	Termino da Anestesia	Anestesia	Cirurgia	Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRE-TE	DOR 0/10
jejun ( ) Sim ( ) Não	Prótese ( ) Sim ( ) Não	Reserva UTI ( ) Sim ( ) Não	Lateralidade ( ) Sim ( ) Não	PNE ( ) Sim ( ) Não	Álergia ( ) Sim ( ) Não	Qual: _____	04:50	05:10	05:28	05:30	05:30	97+52	99
Exames ( ) Sim ( ) Não	Reserva UTI ( ) Sim ( ) Não	Reserva UTI ( ) Sim ( ) Não	Reserva UTI ( ) Sim ( ) Não	Reserva UTI ( ) Sim ( ) Não	Reserva UTI ( ) Sim ( ) Não	Reserva de Hemoderivado: ( ) Sim ( ) Não	Cirurgia Realizada	Anestesia	Posicionamento	Localização	1. Sonda	15'	
Outros: _____	Outros: _____	Outros: _____	Outros: _____	Outros: _____	Outros: _____	Outros: _____	SG 5%:	Hora: 06:00	SG 5%:	Hora: 06:00	2. Curativo	30'	
2. Chegou ao Centro Cirúrgico: ( ) Deambulando ( ) Andando ( ) Consciente ( ) Com Suporte de O2 ( ) TOT ( ) Agitado ( ) Regular	3. Sinais Vitais: T ( ) °C R ( ) bpm FC ( ) bpm PA ( ) mmhg SAT ( ) %	4. Anotações (Admissão do Paciente): _____	Legenda: 1. Eletrodos 2. Oxímetro 3. Manguito PA 4. Placa de Bisturi 5. Incisão 6. Cateeter O2 7. Venoclise 8. Dreno 9. SNG/SNE 10. Garrote	Exames na SO: ( ) HT ( ) Hb ( ) Hemograma ( ) Gasometria ( ) Outros: _____	Exames na SO: ( ) HT ( ) Hb ( ) Hemograma ( ) Gasometria ( ) Outros: _____	Entrada	Nº de Compressas oferecidas: _____	Nº de Compressas recolhidas: _____	ANATOMIA PATOLÓGICO: ( ) NÃO ( ) SIM ( ) PEÇAS: _____	ANATOMIA PATOLÓGICO: ( ) NÃO ( ) SIM ( ) PEÇAS: _____	SAÍDA	Observações: _____	
11. TOT ( ) Não ( ) Sim N° _____	12. SVD ( ) Não ( ) Sim N° _____	13. Outros: _____	14. Outros: _____	15. Outros: _____	16. Outros: _____	Saída	Destino: ( ) SRPA ( ) UTM ( ) outros: _____	ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA Tel: 551139404000 FAX: 551139404000 Raf: 4147012 Raf: 198-001531 Reg. ANVISA: 1022237/1005					
17. Entrada na Sala	18. Início da Anestesia	19. Início da Cirurgia	20. Término da Cirurgia	21. Término da Anestesia	22. Anestesia	23. Cirurgia	24. Horário	25. T	26. FC	27. PA	28. SPO2	29. ALDRE-TE	30. DOR 0/10
31. Entrada na Sala	32. Início da Anestesia	33. Início da Cirurgia	34. Término da Cirurgia	35. Término da Anestesia	36. Anestesia	37. Cirurgia	38. Horário	39. T	40. FC	41. PA	42. SPO2	43. ALDRE-TE	44. DOR 0/10
45. Entrada na Sala	46. Início da Anestesia	47. Início da Cirurgia	48. Término da Cirurgia	49. Término da Anestesia	50. Anestesia	51. Cirurgia	52. Horário	53. T	54. FC	55. PA	56. SPO2	57. ALDRE-TE	58. DOR 0/10
59. Entrada na Sala	60. Início da Anestesia	61. Início da Cirurgia	62. Término da Cirurgia	63. Término da Anestesia	64. Anestesia	65. Cirurgia	66. Horário	67. T	68. FC	69. PA	70. SPO2	71. ALDRE-TE	72. DOR 0/10
73. Entrada na Sala	74. Início da Anestesia	75. Início da Cirurgia	76. Término da Cirurgia	77. Término da Anestesia	78. Anestesia	79. Cirurgia	80. Horário	81. T	82. FC	83. PA	84. SPO2	85. ALDRE-TE	86. DOR 0/10
87. Entrada na Sala	88. Início da Anestesia	89. Início da Cirurgia	90. Término da Cirurgia	91. Término da Anestesia	92. Anestesia	93. Cirurgia	94. Horário	95. T	96. FC	97. PA	98. SPO2	99. ALDRE-TE	100. DOR 0/10
101. Entrada na Sala	102. Início da Anestesia	103. Início da Cirurgia	104. Término da Cirurgia	105. Término da Anestesia	106. Anestesia	107. Cirurgia	108. Horário	109. T	110. FC	111. PA	112. SPO2	113. ALDRE-TE	114. DOR 0/10
115. Entrada na Sala	116. Início da Anestesia	117. Início da Cirurgia	118. Término da Cirurgia	119. Término da Anestesia	120. Anestesia	121. Cirurgia	122. Horário	123. T	124. FC	125. PA	126. SPO2	127. ALDRE-TE	128. DOR 0/10
129. Entrada na Sala	130. Início da Anestesia	131. Início da Cirurgia	132. Término da Cirurgia	133. Término da Anestesia	134. Anestesia	135. Cirurgia	136. Horário	137. T	138. FC	139. PA	140. SPO2	141. ALDRE-TE	142. DOR 0/10
143. Entrada na Sala	144. Início da Anestesia	145. Início da Cirurgia	146. Término da Cirurgia	147. Término da Anestesia	148. Anestesia	149. Cirurgia	150. Horário	151. T	152. FC	153. PA	154. SPO2	155. ALDRE-TE	156. DOR 0/10
157. Entrada na Sala	158. Início da Anestesia	159. Início da Cirurgia	160. Término da Cirurgia	161. Término da Anestesia	162. Anestesia	163. Cirurgia	164. Horário	165. T	166. FC	167. PA	168. SPO2	169. ALDRE-TE	170. DOR 0/10
171. Entrada na Sala	172. Início da Anestesia	173. Início da Cirurgia	174. Término da Cirurgia	175. Término da Anestesia	176. Anestesia	177. Cirurgia	178. Horário	179. T	180. FC	181. PA	182. SPO2	183. ALDRE-TE	184. DOR 0/10
185. Entrada na Sala	186. Início da Anestesia	187. Início da Cirurgia	188. Término da Cirurgia	189. Término da Anestesia	190. Anestesia	191. Cirurgia	192. Horário	193. T	194. FC	195. PA	196. SPO2	197. ALDRE-TE	198. DOR 0/10
199. Entrada na Sala	200. Início da Anestesia	201. Início da Cirurgia	202. Término da Cirurgia	203. Término da Anestesia	204. Anestesia	205. Cirurgia	206. Horário	207. T	208. FC	209. PA	210. SPO2	211. ALDRE-TE	212. DOR 0/10
213. Entrada na Sala	214. Início da Anestesia	215. Início da Cirurgia	216. Término da Cirurgia	217. Término da Anestesia	218. Anestesia	219. Cirurgia	220. Horário	221. T	222. FC	223. PA	224. SPO2	225. ALDRE-TE	226. DOR 0/10
227. Entrada na Sala	228. Início da Anestesia	229. Início da Cirurgia	230. Término da Cirurgia	231. Término da Anestesia	232. Anestesia	233. Cirurgia	234. Horário	235. T	236. FC	237. PA	238. SPO2	239. ALDRE-TE	240. DOR 0/10
241. Entrada na Sala	242. Início da Anestesia	243. Início da Cirurgia	244. Término da Cirurgia	245. Término da Anestesia	246. Anestesia	247. Cirurgia	248. Horário	249. T	250. FC	251. PA	252. SPO2	253. ALDRE-TE	254. DOR 0/10
255. Entrada na Sala	256. Início da Anestesia	257. Início da Cirurgia	258. Término da Cirurgia	259. Término da Anestesia	260. Anestesia	261. Cirurgia	262. Horário	263. T	264. FC	265. PA	266. SPO2	267. ALDRE-TE	268. DOR 0/10
269. Entrada na Sala	270. Início da Anestesia	271. Início da Cirurgia	272. Término da Cirurgia	273. Término da Anestesia	274. Anestesia	275. Cirurgia	276. Horário	277. T	278. FC	279. PA	280. SPO2	281. ALDRE-TE	282. DOR 0/10
283. Entrada na Sala	284. Início da Anestesia	285. Início da Cirurgia	286. Término da Cirurgia	287. Término da Anestesia	288. Anestesia	289. Cirurgia	290. Horário	291. T	292. FC	293. PA	294. SPO2	295. ALDRE-TE	296. DOR 0/10
297. Entrada na Sala	298. Início da Anestesia	299. Início da Cirurgia	300. Término da Cirurgia	301. Término da Anestesia	302. Anestesia	303. Cirurgia	304. Horário	305. T	306. FC	307. PA	308. SPO2	309. ALDRE-TE	310. DOR 0/10
311. Entrada na Sala	312. Início da Anestesia	313. Início da Cirurgia	314. Término da Cirurgia	315. Término da Anestesia	316. Anestesia	317. Cirurgia	318. Horário	319. T	320. FC	321. PA	322. SPO2	323. ALDRE-TE	324. DOR 0/10
325. Entrada na Sala	326. Início da Anestesia	327. Início da Cirurgia	328. Término da Cirurgia	329. Término da Anestesia	330. Anestesia	331. Cirurgia	332. Horário	333. T	334. FC	335. PA	336. SPO2	337. ALDRE-TE	338. DOR 0/10
339. Entrada na Sala	340. Início da Anestesia	341. Início da Cirurgia	342. Término da Cirurgia	343. Término da Anestesia	344. Anestesia	345. Cirurgia	346. Horário	347. T	348. FC	349. PA	350. SPO2	351. ALDRE-TE	352. DOR 0/10
353. Entrada na Sala	354. Início da Anestesia	355. Início da Cirurgia	356. Término da Cirurgia	357. Término da Anestesia	358. Anestesia	359. Cirurgia	360. Horário	361. T	362. FC	363. PA	364. SPO2	365. ALDRE-TE	366. DOR 0/10
367. Entrada na Sala	368. Início da Anestesia	369. Início da Cirurgia	370. Término da Cirurgia	371. Término da Anestesia	372. Anestesia	373. Cirurgia	374. Horário	375. T	376. FC	377. PA	378. SPO2	379. ALDRE-TE	380. DOR 0/10
381. Entrada na Sala	382. Início da Anestesia	383. Início da Cirurgia	384. Término da Cirurgia	385. Término da Anestesia	386. Anestesia	387. Cirurgia	388. Horário	389. T	390. FC	391. PA	392. SPO2	393. ALDRE-TE	394. DOR 0/10
395. Entrada na Sala	396. Início da Anestesia	397. Início da Cirurgia	398. Término da Cirurgia	399. Término da Anestesia	400. Anestesia	401. Cirurgia	402. Horário	403. T	404. FC	405. PA	406. SPO2	407. ALDRE-TE	408. DOR 0/10
409. Entrada na Sala	410. Início da Anestesia	411. Início da Cirurgia	412. Término da Cirurgia	413. Término da Anestesia	414. Anestesia	415. Cirurgia	416. Horário	417. T	418. FC	419. PA	420. SPO2	421. ALDRE-TE	422. DOR 0/10
423. Entrada na Sala	424. Início da Anestesia	425. Início da Cirurgia	426. Término da Cirurgia	427. Término da Anestesia	428. Anestesia	429. Cirurgia	430. Horário	431. T	432. FC	433. PA	434. SPO2	435. ALDRE-TE	436. DOR 0/10
437. Entrada na Sala	438. Início da Anestesia	439. Início da Cirurgia	440. Término da Cirurgia	441. Término da Anestesia	442. Anestesia	443. Cirurgia	444. Horário	445. T	446. FC	447. PA	448. SPO2	449. ALDRE-TE	450. DOR 0/10
451. Entrada na Sala	452. Início da Anestesia	453. Início da Cirurgia	454. Término da Cirurgia	455. Término da Anestesia	456. Anestesia	457. Cirurgia	458. Horário	459. T	460. FC	461. PA	462. SPO2	463. ALDRE-TE	464. DOR 0/10
465. Entrada na Sala	466. Início da Anestesia	467. Início da Cirurgia	468. Término da Cirurgia	469. Término da Anestesia	470. Anestesia	471. Cirurgia	472. Horário	473. T	474. FC	475. PA	476. SPO2	477. ALDRE-TE	478. DOR 0/10
479. Entrada na Sala	480. Início da Anestesia	481. Início da Cirurgia	482. Término da Cirurgia	483. Término da Anestesia	484. Anestesia	485. Cirurgia	486. Horário	487. T	488. FC	489. PA	490. SPO2	491. ALDRE-TE	492. DOR 0/10
493. Entrada na Sala	494. Início da Anestesia	495. Início da Cirurgia	496. Término da Cirurgia	497. Término da Anestesia	498. Anestesia	499. Cirurgia	500. Horário	501. T	502. FC	503. PA	504. SPO2	505. ALDRE-TE	506. DOR 0/10
507. Entrada na Sala	508. Início da Anestesia	509. Início da Cirurgia	510. Término da Cirurgia	511. Término da Anestesia	512. Anestesia	513. Cirurgia	514. Horário	515. T	516. FC	517. PA	518. SPO2	519. ALDRE-TE	520. DOR 0/10
521. Entrada na Sala	522. Início da Anestesia	523. Início da Cirurgia	524. Término da Cirurgia	525. Término da Anestesia	526. Anestesia	527. Cirurgia	528. Horário	529. T	530. FC	531. PA	532. SPO2	533. ALDRE-TE	534. DOR 0/10
535. Entrada na Sala	536. Início da Anestesia	537. Início da Cirurgia	538. Término da Cirurgia	539. Término da Anestesia	540. Anestesia	541. Cirurgia	542. Horário	543. T	544. FC	545. PA	546. SPO2	547. ALDRE-TE	548. DOR 0/10
549. Entrada na Sala	550. Início da Anestesia	551. Início da Cirurgia	552. Término da Cirurgia	553. Término da Anestesia	554. Anestesia	555. Cirurgia	556. Horário	557. T	558. FC	559. PA	560. SPO2	561. ALDRE-TE	562. DOR 0/10
563. Entrada na Sala	564. Início da Anestesia	565. Início da Cirurgia	566. Término da Cirurgia	567. Término da Anestesia	568. Anestesia	569. Cirurgia	570. Horário	571. T	572. FC	573. PA	574. SPO2	575. ALDRE-TE	576. DOR 0/10
577. Entrada na Sala	578. Início da Anestesia	579. Início da Cirurgia	580. Término da Cirurgia	581. Término da Anestesia	582. Anestesia	583. Cirurgia	584. Horário	585. T	586. FC	587. PA	588. SPO2	589. ALDRE-TE	590. DOR 0/10
591. Entrada na Sala	592. Início da Anestesia	593. Início da Cirurgia	594. Término da Cirurgia	595. Término da Anestesia	596. Anestesia	597. Cirurgia	598. Horário	599. T	600. FC	601. PA	602. SPO2	603. ALDRE-TE	604. DOR 0/10
605. Entrada na Sala	606. Início da Anestesia	607. Início da Cirurgia	608. Término da Cirurgia	609. Término da Anestesia	610. Anestesia	611. Cirurgia	612. Horário	613. T	614. FC	615. PA	616. SPO2	617. ALDRE-TE	618. DOR 0/10
619. Entrada na Sala	620. Início da Anestesia	621. Início da Cirurgia	622. Término da Cirurgia	623. Término da Anestesia	624. Anestesia	625. Cirurgia	626. Horário	627. T	628. FC	629. PA	630. SPO2	631. ALDRE-TE	632. DOR 0/10
633. Entrada na Sala	634. Início da Anestesia	635. Início da Cirurgia	636. Término da Cirurgia	637. Término da Anestesia	638. Anestesia	639. Cirurgia	640. Horário	641. T	642. FC	643. PA	644. SPO2	645. ALDRE-TE	646. DOR 0/10
647. Entrada na Sala	648. Início da Anestesia	649. Início da Cirurgia	650. Término da Cirurgia	651. Término da Anestesia	652. Anestesia	653. Cirurgia	654. Horário	655. T	656. FC	657. PA	658. SPO2	659. ALDRE-TE	660. DOR 0/10
661. Entrada na Sala	662. Início da Anestesia	663. Início da Cirurgia	664. Término da Cirurgia	665. Término da Anestesia	666. Anestesia	667. Cirurgia	668. Horário	669. T	670. FC	671. PA	672. SPO2	673. ALDRE-TE	674. DOR 0/10
675. Entrada na Sala	676. Início da Anestesia	677. Início da Cirurgia	678. Término da Cirurgia	679. Término da Anestesia	680. Anestesia	681. Cirurgia	682. Horário	683. T	684. FC	685. PA	686. SPO2	687. ALDRE-TE	688. DOR 0/10
689. Entrada na Sala	690. Início da Anestesia	691. Início da Cirurgia	692. Término da Cirurgia	693. Término da Anestesia	694. Anestesia	695. Cirurgia	696. Horário	697. T	698. FC	699. PA	700. SPO2	701. ALDRE-TE	702. DOR 0/10
703. Entrada na Sala	704. Início da Anestesia	705. Início da Cirurgia	706. Término da Cirurgia	707. Término da Anestesia	708. Anestesia	709. Cirurgia	710. Horário	711. T	712. FC	713. PA	714. SPO2	715. ALDRE-TE	716. DOR 0/10
717. Entrada na Sala	718. Início da Anestesia	719. Início da Cirurgia	720. Término da Cirurgia	721. Término da Anestesia	722. Anestesia	723. Cirurgia	724. Horário	725. T	726. FC	727. PA	728. SPO2	729. ALDRE-TE	730. DOR 0/10
731. Entrada na Sala	732. Início da Anestesia	733. Início da Cirurgia	734. Término da Cirurgia	735. Término da Anestesia	736. Anestesia	737. Cirurgia	738. Horário	739. T	740. FC	741. PA	742. SPO2	743. ALDRE-TE	744. DOR 0/10
745. Entrada na Sala	746. Início da Anestesia	747. Início da Cirurgia	748. Término da Cirurgia	749. Término da Anestesia	750. Anestesia	751. Cirurgia	752. Horário	753. T	754. FC	755. PA	756. SPO2	757. ALDRE-TE	758. DOR 0/10
759. Entrada na Sala	760. Início da Anestesia	761. Início da Cirurgia	762. Término da Cirurgia	763. Término da Anestesia	764. Anestesia	765. Cirurgia	766. Horário	767. T	768. FC	769. PA	770. SPO2	771. ALDRE-TE	772. DOR 0/10
773. Entrada na Sala	774. Início da Anestesia	775. Início da Cirurgia	776. Término da Cirurgia	777. Término da Anestesia	778. Anestesia	779. Cirurgia	780. Horário	781. T	782. FC	783. PA	784. SPO2	785. ALDRE-TE	786. DOR 0/10
787. Entrada na Sala	788. Início da Anestesia	789. Início da Cirurgia	790. Término da Cirurgia	791. Término da Anestesia	792. Anestesia	793. Cirurgia	794. Horário	795. T	796. FC	797. PA	798. SPO2	799. ALDRE-TE	800. DOR 0/10
801. Entrada na Sala	802. Início da Anestesia	803. Início da Cirurgia	804. Término da Cirurgia	805. Término da Anestesia	806. Anestesia	807. Cirurgia	808. Horário	809. T	810. FC	811. PA	812. SPO2	813. ALDRE-TE	814. DOR 0/10
815. Entrada na Sala	816. Início da Anestesia	817. Início da Cirurgia	818. Término da Cirurgia	819. Término da Anestesia	820. Anestesia	821. Cirurgia	822. Horário	823. T	824. FC	825. PA	826. SPO2	827. ALDRE-TE	828. DOR 0/10
829. Entrada na Sala	830. Início da Anestesia	831. Início da Cirurgia	832. Término da Cirurgia	833. Término da Anestesia	834. Anestesia	835. Cirurgia	836. Horário	837. T	838. FC	839. PA	840. SPO2	841. ALDRE-TE	842. DOR 0/10





1063RCP

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PREScrição MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN	
PACIENTE	Luis Felipe - Vagnero		
AGNÓSTICO	Fx exposta PFE e Fratura (1) Fx hum (1)		
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO		DATA
ÍTEM	PREScrição		HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE		5ND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO		Mantida
3	SF 0,9% 500ML EV S/N 1C/12h		10° 22
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		12-18 20:00
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA		06
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		10/12h (1) 1m 00 (1)
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4		SN
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8h		NTF
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H		10° 12 14 00
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H		10-22
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		Mais
13	SSVV + CCGG 6/6 H		Anotar
14	CURATIVO DIÁRIO		
15	Metoclopramida 500mg EV 1C/12h		10-22
16	Ciprofloxacina 250mg EV 12/12h		24
17	Oxitocina com infusão de hidroclorotiazida		10-10:30
18	Tramal 100mg + SF 0,9% 250ml EV 20:00		00
19	Tramal 250mg + SF 0,9% 250ml EV 20:00		12:00
20	Tramal 250mg + SF 0,9% 250ml EV 09:00		20:00
21	Tramal 100mg + SF 0,9% 100ml (1) 6/6h		22:00
22	DO BLOCO S6 006A		
23	- DIA 26 PAM S/N EU AGORA 30g - Yago Magrinha		12h: 160mg/dia
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 CRM-RR 2028			
DL/MIL GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
24 MORFINA JANDEL 2 AD: 5ml - FAZER S/N. AGORA 10:30			
EVOLUÇÃO MÉDICA: # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICRÉTICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:			
SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H	162/93	114	-
06 149/91 97 -			

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

MEDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

18:00  
PA: 148/72  
FR: 328  
Ieu: 3000ml

01 03 2020

Luis Felipe Nogueira Rigo  
CH 0714200128030  
A 1  
A

274 ml.  
+  
+

9:00

35,5 75x47 122 24  
9:15 35,7 101x64 107 19  
10:24 35,7 115x86 128 20

Joséane G.

Isabel Filizzola  
Enfermeira  
COREN-RR 56.784-EMF

01 03 2020

Luis Felipe Nogueira Rigo  
CH 0714200128077  
A 1

+

10:50

35,8 103x63 119 16  
11:05 35,7 120x63 121 20  
12:26 35,8 141x88 117 20

Joséane G.

Kamila

01/03/2020 16:00

Pont suorada melha de subhalo suorosa  
Peso 108.

Spund - - medido, subhalo, suorosa  
vis. ruivo, adeno aumenta, ruivo Tl 34.  
peso " " gredos tempo e 1/3 abd do p.  
Sobras lab. subhalo C14

  
Silvana  
Enfermeira  
COREN-RR 56.784-EMF

506-3



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	LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO		
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE FEMUR, PERNAS E PÉ DIREITO		
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	106-3	DATA 02/03/2020
ITEM			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SN
2	AVP		Monte 24/06/2020
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H		24/06/2020
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H		24/06/2020
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H		24/06/2020
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1X AO DIA		24/06/2020
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N		SN
8	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN		SN 24/06/2020
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N		SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		SN
11	TILATIL 20MG EV DE 12/12H		24/06/2020
12	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA		24/06/2020
13	CURATIVO		24/06/2020
14	SSVV + CCGG 6/6H		24/06/2020
15			
16			
<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 FISIOLOGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM MID

SINAIS VITAIS				DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964
6 H	PA	FC	FR	RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
12 H	140x80	95	19	36.7°C
18 H	116x94	90		36.3°C
24 H	140x90	103	-	36.8°C

As 12:00h Paciente no Leito, afiado Tardar → 5500  
 5500, segue com queixas nos cuidados sero feito  
 cuidados da equa de enfag

Enfermeira: Lucia P. Mendes  
 de Enfermagem:  
 CRM-RR 659.030-TE

Geovanna Melo de Souza  
 COREN-RR 292.369-TE



GOVERNO DEL RICAMBI  
Handcat Gen47 ve Ricambi

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



## **PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN
PACIENTE	LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO			
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE FEMUR, PERNAS E PÉ DIREITO			
ALERGIAS		HAS	DM2	
IDADE		LEITO	106-3	DATA 03/03/2020
ITEM				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SN
2	AVP			manh
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H			10/18
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H			10/22
5	GENTAMICINA 240MG EV 1X DIA			10/22
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA			10/22
7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N			SN
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 12/12H			10/22
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			SN
10	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H			10/22
11	TILATIL 20MG EV DE 12/12H			10/22
12	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA			10/22
13	CURATIVO DIÁRIO			10/22
14	SSVV + CCGG 6/6H			10/22
15	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SN
16	<b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

## EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

# EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM MID

SINAIS VITais				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	130/80	73	19	36,5°C
18 H	150/85	110		36°C
24 H	115/80	112		36°C
06 H	110/70	115		

sexta. 150 mg/dl

18:00: John <sup>11</sup> mido sado 01.11  
Slow mi pi sado

~~11-11-1988~~ ~~11-11-1988~~  
~~TAC~~ ~~11-11-1988~~  
~~COREN-AIR 033-342-77~~

VBS:An 62.000 20 dia 03/03/20, o paciente me leito medicado com  
I Nm interconexão e bronquite me leito e mao gris-branca  
lengel e segue as cuidados da enfermagem for bone  
1000 mg 3000 mg 1000 mg 1000 mg  
1000 mg 3000 mg 1000 mg 1000 mg

Luis Felipe Neves Ribeiro

03.03.2020 — Glauco 106.3

Paciente com múltiplas fistulas, em  
tremente p/ h. Orthopedia.

Re (1): Sintomas com perda  
molar em definição do leito infecioso ou  
fistula. Nós só temos de numero  
definitivo e os dados estar bem relaciona-  
dos.

→ amputar bainha e obter  
definição do leito e  
perda molar

Dr. Sérgio Brito  
Cirurgia Vascular  
CRM-RR 786



ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE ENCAMINHAMENTO – HGR/CMECM  
CLASSIFICAÇÃO VERMELHA

PACIENTE:	SUS
ENDEREÇO:	BAIRRO:
NOME DA MÃE:	SEXO: ( <input type="checkbox"/> ) MASC ( <input type="checkbox"/> ) FEM
DATA DE NASCIMENTO: _____ / _____ / _____	IDADE:
CPF: _____ - _____ - _____	FONE:

ESPECIALIDADE

SOLICITADA:

DATA DA ALTA HOSPITALAR:

DIAGNOSTICO NA INTERNAÇÃO:

CID:

DOENÇAS PREVIAS:

MEDICAÇÃO DIÁRIA:

RESUMO DA INTERNAÇÃO ( JUSTIFICATIVA DE SEGUIMENTO):

RESULTADO DE EXAME VINCULADO AO ACOMPANHAMENTO:
---

TRATAMENTO INSTITuíDO PÓS ALTA:

DATA:

MÉDICO

(ASSINATURA E CARIMBO)

AGENDAMENTO - CECM

ESPECIALIDADE:

DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_\_ HS

MÉDICO:

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Tratamento de Feridas -

Paciente: WJM

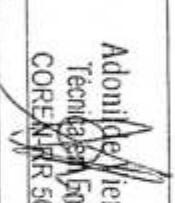
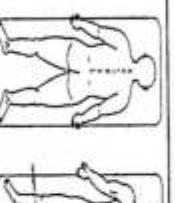
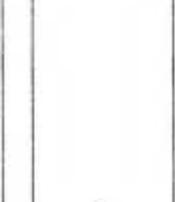
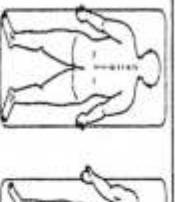
106:3 *hur A Eclipse No name Rep*  
**Data:** 03/03/2020

**Data:** 03/03/2020

**Evolução do Curativo**


Núcleo de Enfermagem em  
Tratamento de Feridas –  
HGR

Protocolo n° 1  
Paciente: *Leia* *Felipe* *Mo Almeida* *Rego*  
Leito: *106.3*  
Data: *13/03/2020*

Evolução do Curativo		Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
Localização	  Região: <i>Midi</i>	Grau: I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>	  Região:	Grau: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>
Etiologia	<p>( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular</p> <p>( ) Trauma : <i>Q</i> Tração — Fixador Externo ( ) Ortopedia</p> <p>( ) Outro:</p>			
Aparência do Leito	<p>( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização</p> <p>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros</p>			
Pele Perilesional	<p>( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor</p> <p>( ) Outro:</p>			
Tipos de Exsudato	<p>( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco</p> <p>( ) Outro:</p>			
Quantidade de Exsudato	<p>( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco</p>			
Solução de Limpeza	<p>( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%</p>			
Cobertura primária	<p>( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel</p> <p>( ) Outro:</p>			
Troca	<p>( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h</p>			
Profissional que realizou procedimento:	<p>Adonil de Oliveira Araujo <i>Adonil de Oliveira Araujo</i> Técnica em Enfermagem <i>Técnica em Enfermagem</i> COREN-PR 677 <i>Coren-PR 677</i> HGR 507,95/TE <i>HGR 507,95/TE</i></p>			
Observações:	<p><i>Leia</i> <i>Felipe</i> <i>Mo Almeida</i> <i>Rego</i> 13/03/2020</p>			



GOVERNO DO RORAIMA  
Hospital Geral de Roraima

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

106-3

IGR

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE	LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO			
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE FEMUR, PERNAS E PÉ DIREITO			
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	LEITO	108-3	DATA	04/03/2020
ITEM				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			5N/D
2	AVP			Manten
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H			✓DF 18:00 24:00
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H			10:00
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H			12:00
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA			02
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			SN
8	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 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			SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			5N
11	TILATIL 20MG EV DE 12/12H			10:00
12	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA			16
13	CURATIVO			Realizm
14	SSVV + CCGG 6/6H			Rotina
15				
16	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
EVOLUÇÃO MÉDICA:				

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

# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM MID, LESÃO EXTENSA EM PÉ DIREITO.

SINAIS VITAIS		PA	FC	FR	TEMP	DR AGUSTO CAVALCANTE
6 H	150x90	94	—	—	36,6°C	CRM-RR
12 H	131x86	707	—	—	36,6°C	RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
18 H	136x83	106	—	—	36-	TRAUMATOLOGIA
24 H	160x84	104	—	—	37,2	

Querida 6h 100 ml

6h verificado SSVV; administrado medi

Nunes A. Oliveira  
Técnico de Enfermagem  
COREN-RR 903.898 TF

Plantas Motivadas 04/03/2020  
Realizados Andrade, + C.R.V  
Fotos em CP. A

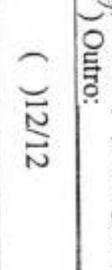


EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Núcleo de Enfermagem em		Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
Tratamento de Feridas -		Paciente: 10121 Felipe Nogueira	Data: 04/03/2020	
HGR		Leito: 106.3		
Localização	 	Região: <b>Pernas</b> <b>Abdomen</b>	 	Região: <b>Pernas</b> <b>Abdome</b>
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vasculares <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:			
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros			
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerado <input checked="" type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:			
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:			
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco			
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorhexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%			
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <i>expansão de ferida</i>			
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input checked="" type="checkbox"/> À Manhã <input type="checkbox"/> 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	Adonildes Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN/RR 507.795/TE	Ana Cláudia da Silva Gomes Téc. em Enfermagem COREN/RR 507.622	Selma Paula F. da Silveira Téc. em Enfermagem COREN/RR 507.795/TE	Ana Cláudia da Silva Gomes Téc. em Enfermagem COREN/RR 507.622
Observações:	<i>Resposta à terapia: 100% de cicatrização</i> <i>Resposta à terapia: 100% de cicatrização</i> <i>Resposta à terapia: 100% de cicatrização</i> <i>Resposta à terapia: 100% de cicatrização</i>			

**Evolução do Curativo**

**Núcleo de Enfermagem em  
Tratamento de Feridas –**
**HGR**
**Paciente:** Miz **Leito:** 1002
**Região:** pele denudada
**Região:** pele intacta
**Região:** pele denudada
**Versão:08**
**Elaborada: 02/2013**
**Atualizada: 2/2020**

Localização	Região: <u>pele denudada</u>	Região: <u>pele intacta</u>	Região: <u>pele denudada</u>
	 <input checked="" type="checkbox"/> Grau: I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/>	 <input checked="" type="checkbox"/> Grau: I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>	 <input checked="" type="checkbox"/> Grau: I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/>
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Traction <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____	<input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Traction <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>FIJO DE FRENTE</u>	<input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Traction <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____
Pele Perilesional	<input 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: <u>Edema Macerado</u>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: <u>Edema Macerado</u>
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input 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 checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: <u>Serossanguíneo</u>	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: <u>Serossanguíneo</u>
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input checked="" type="checkbox"/> Molhado <input 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 checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>Gaze</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>Gaze</u>
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input checked="" type="checkbox"/> Semanário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input checked="" type="checkbox"/> Semanário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input checked="" type="checkbox"/> Semanário <input type="checkbox"/> 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-RR 507.795/TE	Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-RR 507.795/TE	Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-RR 507.795/TE
Observações:	<u>Visita feita pelo Gabinete de Enfermagem</u> <u>Elasletin-Cerato Gotado</u> <u>Garantia de Nísolo</u> <u>Tratamento de feridas</u> <u>Coron-RR 463.579-ENF</u>	<u>Visita feita pelo Gabinete de Enfermagem</u> <u>Elasletin-Cerato Gotado</u> <u>Garantia de Nísolo</u> <u>Tratamento de feridas</u> <u>Coron-RR 463.579-ENF</u>	<u>Visita feita pelo Gabinete de Enfermagem</u> <u>Elasletin-Cerato Gotado</u> <u>Garantia de Nísolo</u> <u>Tratamento de feridas</u> <u>Coron-RR 463.579-ENF</u>



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

ДОВІРНІСТЬ НАСЛАДА  
Надія! Годи не відуть

THE  
WORLD

## **PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO		
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE FEMUR, PERNAS E PÉ DIREITO		
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	106-3	DATA 06/03/2020
ITEM			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SN
2	AVP		Mont 10:00
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H		18:00
4	CIPROFEOXACÍNIO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H		
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN	01:20	3:15 SN 18:00
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1X AO DIA		06
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N		SN
8	TRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR		SN 18:15 00:10
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N		SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHIG		SN
11	<i>Paracetamol 1G EV 12/12h</i>		18:00
12	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA		16:00
13	CURATIVO		PROL 20:01
14	SSVV + CCGG 6/6H		Rever 01
15			
16			
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		
EVOLUÇÃO MÉDICA:			

## EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

**# EXAME FÍSICO :** BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM MID, LESÃO EXTENSA EM PÉ DIREITO, AGUARDA RESOLUÇÃO DO QUADRO. OSTE OSSINTSE DE FEMUR PROGRAMADA PARA DIA 6/4/2020 PELA MANHÃ.

06 0222 125174 FC = 95 T =

SINAIS VITais				DR AUGUSTO CAVALCANTE
6 H	PA	FC	FR	CRM-RX
12 H	106/60	68	366	RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
18 H	152/81	102	375	TRAUMATOLOGIA
24 H	138/70	93	25/12/03	Luctu Téc.

*Ketinelle*  
Lucineide A. L...  
Téc. em Enfermagem  
2005-08 856 340 11

12h. medicado 2-3-11. qd  
rido 5500, sepe ad  
mitidos, Introdução de Agua  
clínica Enfermagem

~~Inscrição Técnico de Agente  
Técnico de Enfermagem  
COREN-RR 54997-TE~~

ADM. MEDICAÇÕES CPM. PACIENTE  
queria - se de ser ADM. MD. DIRI-  
GIDA A M. V. TAMBÉM DIZ QUE NÃO  
CONSEGUE DORMIR NEM DEDICAR-  
SE AO SEU TRABALHO. QUERIA - SE DE SER  
ADM. MD. DIRIGIDA A M. V. TAMBÉM DIZ -

13 - 19h  
Paciente medicado  
Alívio SSUSS  
Educa Nilma de Souza K  
Auxiliar de Enfermagem  
COREN-RR 361219 - AUX





EVOLUÇÃO DO CURATIVO



<b>HGR</b>	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1 Paciente: <i>João Felipe dos Prazeres</i> Leito: <i>106 - 3</i>	Versão:08 Elaborada: 02/2013 Atualizada: 2/2020 Data: <i>06/03/2020</i>
------------	---	--	--



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

106-3

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO		
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE FEMUR, PERNAS E PÉ DIREITO		
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	00-3	DATA 08/03/2020
ITEM			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		✓ 10
2	AVP		am
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H		12 00
4	CEFTRIAXONA 1G EV DE 12/12H		22 30
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN		ok 10 10
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA		06
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N		10
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IM		10 05
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N		10
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		10
11			
12	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA		10
13	CURATIVO		Plata
14	ISSVV + CCGG 6/6H		Retina
15	DESMAME DE SVD		
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 E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

## EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS , SEM QUEIXAS ÁLGICAS. # EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS , EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM MID, LESÃO EXTENSA EM PÉ DIREITO, AGUARDA RESOLUÇÃO DO QUADRO. OSTE OSSINTSE DE FEMUR PROGRAMADA PARA DIA 5/4/2020 PELA MANHÃ.

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE
6 H	PA	FC	FR		CRM-RR
12 H					RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
18 H	150/90	93		355 <sup>o</sup>	TRAUMATOLOGIA
24 H	142/90	98		36:	

06/14/1201X01901 | 362

Dr. Elderson P. Silva  
Médico  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1733 RQE 678





EVOLUÇÃO DO CURATIVO

## Tratamento de Feridas =

Riotpoliti 1

80:000514

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

HGR Leito: Luzia Felipe Aguiar Kia Data: 08/03/2020

Data: 08/03/2020



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	LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO		
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE FEMUR, PERNAS E PÉ DIREITO		
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	106-3	DATA 09/03/2020
ITEM			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SN
2	AVP		10:00
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H		10:00
4	CEFTRIAXONA 1G EV DE 12/12H		10:00
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN		15:30
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA		15:30
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N		06
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		
11	ao hc		
12	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA		
13	CURATIVO		
14	SSVV + CCGG 6/6H		
15	DESMAME DE SVD		
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:			

## EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS , SEM QUEIXAS ÁLGICAS. # EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS , EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM MID, LESÃO EXTENSA EM PÉ DIREITO, AGUARDA RESOLUÇÃO DO QUADRO. OSTE OSSINTSE DE FEMUR PROGRAMADA PARA DIA 6/4/2020 PELA MANHÃ. TRANSFIRO PACIENTE AO HC

SINAIS VITAIS				DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H	146 x 87	99		36
18 H	137 x 78	100	-	35,6
24 H				

12:00h dolor intensidad C.P. 11  
ciclos 1hr 3. viaje tiene ms dolor  
Son verificados



*A canada*

108-3

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

*Eu Lilia Felipe Nogueira Rego* CPFnº \_\_\_\_\_

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

Declaro que:

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

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

- 4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médica hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;
- 5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;
- 6.) Confirme que recebi explicações, li, comprehendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 09 de Maio de 2020.

Assinatura do paciente: Lilia Felipe Nogueira Rego

Responsável:

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

Nome \_\_\_\_\_

CPFnº: \_\_\_\_\_

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

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

Confirme 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 \_\_\_\_\_



106-2

106-3

RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDADATA: 11/3/2009PACIENTE: Fernando A. P. R. 2012DN: 31/01/86DIAGNÓSTICOS: 1. Síndrome de Guillain-Barré. 2. Síndrome de Guillain-Barré.1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: (B)2- PACIENTE:  ACAMADO  DEAMBULA  O2 SUPLEMENTAR3- DIETA:  VIA ORAL  SNE  OUTRA4- POSSUI EXAMES LABORATORIAIS?  SIM  NÃO  
 AGUARDANDO5- POSSUI EXAMES DE IMAGEM?  SIM  NÃO  
 AGUARDANDO6- POSSUI PARECER DE ESPECIALISTA?  SIM  NÃO  
 AGUARDANDO7- POSSUI ALGUMA APAC MARCADA/AGENDADA?  SIM  NÃO  
 AGUARDANDO8- HORÁRIO DOS ÚLTIMOS SINAIS VITAIS:  
PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ SATO2: \_\_\_\_\_9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR:  
Medicamento + ATB10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:  
paciente com clínica progressiva  
desenvolvendo-se com dificuldadeBoa Vista, 15 de Março de 2010. Hora: \_\_\_\_\_Augusto Cavalcante  
Médico  
CRM-RR 1064

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE. CRM \_\_\_\_\_

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

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

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

1 <sup>ª</sup> Classificação	Reclassificação	Reclassificação	Reclassificação
<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho
<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja
<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo
<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde
<input type="checkbox"/> Azul Ass.			

2001231269	16/03/2020 16:53:25	FICHA DE ATENDIMENTO		CLINICA MEDICA		DIURNO 07:19	175		
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário			
LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO		21/01/1994	26 A 1 M 26 D			00178880			
Tipo Doc		Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
Mãe					M		PARDA	BOA VISTA - RR	BRASILEIRA
ANAIDE NOGUEIRA REGO								Contato	(95) 99102-0009
Endereço								Ocupação	
RUA - ARARICUERA - SN - SAO VICENTE - 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	
SPA - PRONTO ATENDIM	URGÊNCIA								
Setor	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.					Registrado por:	
PRONTO ATENDIMENTO	DEMANDA ESPONTANEA							DAIANA.KELLE	
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue								
Anamnese de Enfermagem									
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)									
Paciente encaminhado de HC para desmoldamento em TÉ (D)									
Exame Físico									
Classe.									
Hipótese Diagnóstica									
SADT - Exames Complementares									
<input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:									
PRESCRIÇÃO					APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO		
Inhaloterapia Pela Orofaringe									
Triage Dr. MAY									
Don Silva Martins Médico CRM-RR: 2038 RESIDENTE									
Conduta									
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Alta a Refeira <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta: / / : : : :									
Óbito									
Antes do 1 <sup>º</sup> Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica / / : :									
Assinatura do Paciente ou Responsável									
Carimbo e Assinatura do Médico									
Impresso por: daiana.kelle Data Hora: 16/03/2020 16:54:08									
00178880 - Sistema de Tecnologia da Informação do Estado de Roraima 16/03/2020 16:54:08									
Barcode									
2001231269									



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

LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO

6 - N.º DO PRONTUÁRIO

00178880

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

21/01/1994

9 - SEXO

1 - Masculino

10 - RACA / COR

PARDA

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

ANAIDE NOGUEIRA REGO

12 - TELEFONE DE CONTATO

(95) 99102-0009

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO

14 - TELEFONE DE CONTATO

(95) 99102-0009

15 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

RUA: ARARICUERA - SN -- SAO VICENTE

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BOA VISTA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

140010

19 - CEP

RR

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.

980016282732587

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

DALSON DENIS DA SILVA FEITOSA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

05/04/2020

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

### 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 - CBOR

38 -  ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

APOSENTADO

NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

52 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

CNS

CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Nome: Luis Felipe Nogueira Rigo Data: / /  
 Data de Nasc: 21 / 01 / 94 Idade: Setor/Leito:  
 Termo de Consentimento Cirurgia:  Sim  Não  
 Termo de Consentimento Anestesia:  Sim  Não

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO		INTRA-OPERATÓRIO				SRPA											
Cirurgia Proposta: <input checked="" type="checkbox"/> Fase 1 <input type="checkbox"/> Fase 2		Entrada na Sala	Ínicio da Anestesia	Ínicio da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia	Anestesia	Cirurgia	Sinais Vitais								
1. Informações: Jejum <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Prótese <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Exames <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Reserva UTT <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Lateraldade <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não PNF <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Alergia <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Qual: _____						Posicionamento		Localização									
Reserva de Hemoderivado: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Outros: _____								1. Sonda 2. Curativo 3. Dreno 4. Acesso venosa	Horário 0' 15' 30' 45' 1h	T 0' 15' 30' 45' 1h	FC 0' 15' 30' 45' 1h	PA 0' 15' 30' 45' 1h	SPO2 0' 15' 30' 45' 1h	ALDRE- TE 0/10			
2. Chegou ao Centro Cirúrgico: <input type="checkbox"/> Desambulando <input type="checkbox"/> Com Suporte de O2 <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> Agitado						Hidratação Infundida Antibióticoterapia		Hemoderivados		5. Outros: SF 0,9%; SG 5%; Dose: Outros:		CH: Plasma: Plaquetas: Anatomia Patológica: N.º de Compressas oferecidas: N.º de Comprimessas recolhidas: Exames na SO: <input type="checkbox"/> Ht <input type="checkbox"/> Hb <input type="checkbox"/> Hemograma <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> Gasometria <input type="checkbox"/> Outros: <input type="checkbox"/> Cultura <input type="checkbox"/> Outros:		Observações: Balanço Hídrico (PRÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO)			
3. Sinais Vitais: T <u>36,5</u> °C R <u>18</u> bpm FC <u>100</u> bpm PA <u>150/80</u> mmHg SAT <u>99</u> %						Legenda: 1. Eletrodos 2. Oxímetro 3. Manguito PA 4. Placa de Bisturi		Entrada		Saída		Hora Mediação CH Volumen		SNG/ Dreno/Qual		Hora SVD/Apecto Dreno/Qual	
4. Anotações (Admissão do Paciente): <u>paciente</u> <u>urgente</u>																	
10. Garrote <u>Floriano</u> <u>meas</u> e <u>Floriano</u> <u>MI</u>																	
11. TOR <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Nº _____																	
12. SVD <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Nº _____																	
13. Outros: <u>MI</u>																	
Sinais Vitais: Saída da SO		T <u>36,5</u> °C R <u>18</u> bpm FC <u>100</u> bpm PA <u>150/80</u> mmHg SAT <u>99</u> %															
Destino: <input type="checkbox"/> SRPA <input type="checkbox"/> UTT <input type="checkbox"/> outros:																	
<b>ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)</b>																	

## LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

### ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Luis Filipe Nogueira Bez  
Responsável Cirurgião DeJesu

### 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

#### ( ) OXÍMENTRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

#### ( ) REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

#### O PACIENTE POSSUI:

- ( ) ALERGIA CONHECIDA  
( ) Não ( ) Sim, Qual:

#### VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

- ( ) Não  
( ) Sim, e equipamento/assistência disponíveis

#### RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ml

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

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

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

### ANTES DA INCISÃO

Anestesista Adonias

### 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:

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.

#### ( ) 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:  
Hora: \_\_\_\_\_

### 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

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

- ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

Assinatura e Carimbo \_\_\_\_\_



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	Luis Felipe Negreiros Rizzo			
DIAGNÓSTICO	FX EXP FEMUR + OSSOS FEMURA + PÉ (1)			
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	LEITO	L-40	DATA	
ITEM				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SN
2	AVP			mentir
3	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H			24 06
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA			06
5	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN			SN
7	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			SN
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SN
9	TILATIL 20MG EV 12/12H			24 02
10	Hidrocodona 500mg EV 1X AO DIA			36
11	Clorazepate 10mg SE 4X DIA			36
12	SSVV + CCGG 6/6H			
13	AO HOSPITAL PERTABURADA			
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 <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, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORÁDO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS...

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	140x90	103	37,2
18 H			
24 H			

Don Martini  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 2038

11.500 EXTR: 100mg/100



ESTADO DE RORAIMA

"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

12:13 H

EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

DATA  
HORA

06/09/2020

EVOLUÇÃO

Paciente fêmea Negra Negro (264)

DN: 21/01/1994

DX: Frat. fêmur D

Paciente com Frat. fêmur D com gemicos uníquos, Pneumotórax com cavitatio pulmonar direito. Pneumoperitoneo.

Possui traços ainda falam de lesões de sinos e dentes um cíngulo cuspido.

Bruno Vieira  
CRM 1231 RR  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_



bloco 6 - 11/2020

A carnada

H.C

## HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

### TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE RETAGUARDA

Eu Wils Felipe Nogueira Reis CPFnº \_\_\_\_\_

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

Declaro que:

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

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

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

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

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

Boa Vista, 06 de ABRIL de 2020.

Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_

Responsável:

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

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

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

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

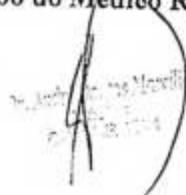
Confirme que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s) / procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/ responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, 06 de 04 de 2020. Hora: 14:10

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

Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo do Médico Regulador



CRM 1914/RL

HGR: BL - E: 34

342  
HC



## HOSPITAL DAS CLÍNICAS Dr. WILSON FRANCO

### RELATÓRIO MÉDICO/NIR DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL GERAL DE RORAIMA/HGR

DATA: 5 / 4 / 2020

PACIENTE: Luis Felipe Moreira Rago DN: / /

DIAGNÓSTICO(S): Fratura exposta fêmur + ossos da perna

DIH: / / /

KANBAM: Dieta:

EXAMES ADMISSIONAIS (DATA / / /): Hb: Ht: Ur: Cr:  
Leuc: Seg: Plaquetas:

Na: K: Ca: Cl:

HCO<sup>3</sup>: PH: BE: PO<sup>2</sup>: PCO<sup>2</sup>:

EAS:

CULTURAS ( / / ):

IMAGEM

EXAMES DE TRANSFERÊNCIA (DATA / / /): Hb: Ht: Ur: Cr:  
Leuc: Seg: Plaquetas: Na: K: Ca:

Cl: HCO<sup>3</sup>: PH: BE: PO<sup>2</sup>: PCO<sup>2</sup>:  
EAS

IMAGEM

ANTIBIÓTICO

USADO:

JUSTIFICATIVA DE  
ANTIBIÓTICO:

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUÍDA:

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Presente com anamnese de  
Punk o dia 06/04 pela manhã

Boa Vista, 05 de Abril de 2020, Hora: 10:00  
Dr. Marcelo Marques  
Médico  
CRM-1918/RR

CRM 1918

Assinatura/carimbo do Médico Assistente

Autorização de Transferência para Hospital Geral de Roraima/HGR

Assinatura/carimbo do Médico Túlio Fortes  
Dr. Aluizio Túlio Fortes  
CRM-SP 230906  
CRM-RR 749

CRM 749

NIR

56

Tramandaí 10/03/2020

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 DE SAÚDE SOLICITANTE

— 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

HGR

2 - CNES

1 - CNES

— IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

— 5 - NOME DO PACIENTE

WIS. FELIPE NOGUEIRA REGO

5 - N° DO PRONTUÁRIO

178880

— 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

21/01/94

9 - SEXO

M

— 10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Ana de Nequing Rego

11 - FONE DE CONTATO

95 991020009

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua Chavimera

São Luís

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bela Vista

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

94000-120

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com Rx exosita fêmur +  
ossos de rima + lesão necrótica.

18 - CONDIÇÕES CLÍNICAS PARA A INTERNAÇÃO

A1 fêmur

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

Exame clínico + tomografia

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Rx exosita fêmur

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 ASSOCIAÇÕES

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intervenção

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Don. Silva Martins

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF)

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Don. Martins

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 32 - ASSINATURA E CARGO DO PROFISSIONAL 33 - REGISTRO NO CONSELHO

CRM-BR-2038  
Residente ORTOPÓDIA

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

1 - EMPREGADO

2 - EMPREGADOR

36 - DOCUMENTO

37 - N° DO BILHETE

SÉRIE

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

## AUTORIZAÇÃO

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

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

45 - DOCUMENTO

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

1 - CNS 2 - CPF

1 - CNS 2 - CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

RCA

OF

*Luis Felipe Nogueira Rego*



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	<i>Luis Felipe Nogueira Rego</i>	
AGNÓSTICO	<i>FX Exposta Pernas D + OSSO Perna + PÉ D + Necrose</i>	
ALERGIAS	HAS	NEGA
IDADE	LEITO	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H <i>EN X 20/5</i>	<i>20-05</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	<i>00:04 11 AM</i>
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	<i>00:04 11 AM</i>
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	<i>00:04 11 AM</i>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	<i>00:04 11 AM</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	<i>00:04 11 AM</i>
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	<i>00:04 11 AM</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H <i>X</i>	<i>00:04 11 AM</i>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
13	SSVV + CCGG 6/6 H	
14	CURATIVO DIÁRIO	
15	<i>Chlorhex 40mg SC 1x ao dia</i>	<i>X</i>
16		
17		
18	<i>Silva Martins</i> Médico CRM-RR: 2038	
19		
20	<i>RESIDENTE</i>	
21		

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, CONTACTUANTE

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

# SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

# PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H				
18 H				
24 H	<i>120x80</i>	86	<i>36,5°C</i>	

MEDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

06:00 hs

150x80

93

36,6°C

*Coelho*

*Residente*  
Coronel RR

*Eduardo Martins da Silva*  
Técnico de Enfermagem  
Coronel RR 000324848

16:45

PA 130x90

FC 106

T 36,6



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	LUIZ FELIPE NOGUEIRA REGO	
AGNÓSTICO	FRACTURA EX POSTA FEMUR ①/ OSSOS PERNAS / NEROSA.	
ALERGIAS	Ø HAS NEGA DM2	
IDADE	LEITO	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SIN
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	Manten
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SIN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	SIN
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	SIN
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SIN
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	SIN
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	SUSPENZO.
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SIN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	08/14/2022
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	18P 06
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SIN
13	SSVV + CCGG 6/6 H	Manten
14	CURATIVO DIÁRIO	curativo
15	CLEXATONE 40mg SC 1x/24h.	16
16		
17		
18		
19		
20		
21		
AO HC		<i>D. Elder Soares Ortopedia e Traumatologia CRM 1828/RR</i>

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 MEDICA:

#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				
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H				
24 H				

MEDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

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

Eu Diego Felipe Moreira Rege CPFnº \_\_\_\_\_

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

Declaro que:

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

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

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

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

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

Boa Vista, 17 de Março de 2020.

Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_

Responsável:

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

Nome \_\_\_\_\_

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

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

Confirme 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 Medico Regulador

CRM \_\_\_\_\_



362

# HOSPITAL DAS CLÍNICAS Dr. WILSON FRANCO

## RELATÓRIO MÉDICO/NIR DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL GERAL DE RORAIMA/HGR

DATA:

PACIENTE:

DIAGNÓSTICO(S):

DIH:

KANBAM:

Dieta:

EXAMES ADMISSIONAIS (DATA

Leuc:

Na:

HCO<sup>3</sup>:

EAS:

/ / / )

Seg:

Cl:

PH:

BE:

PO<sup>2</sup>:PCO<sup>2</sup>:

Cr:

Ur:

Cl:

Na:

K:

Ca:

Plaquetas:

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

/ / / )

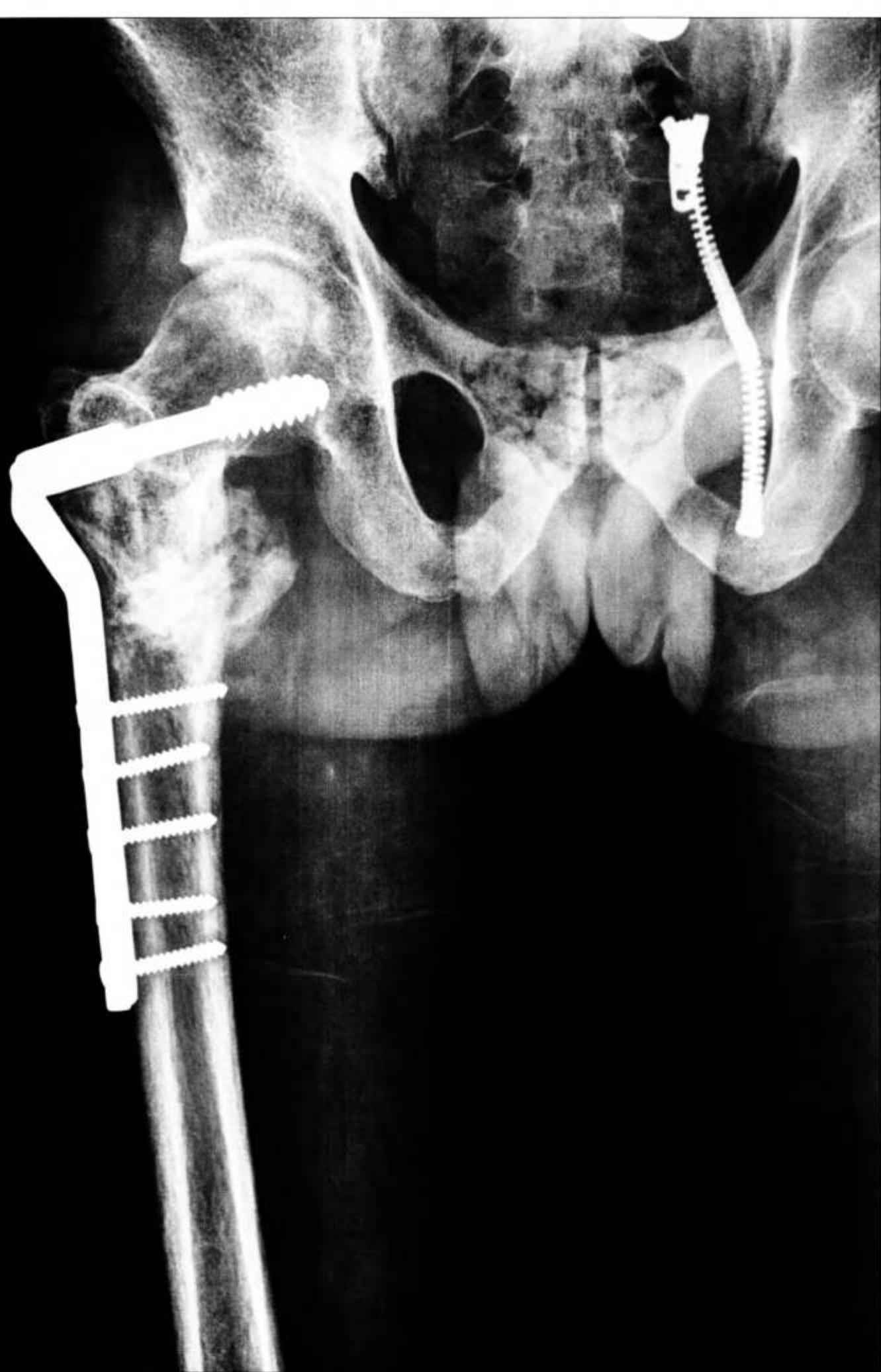
/ / / )

/ / / )

/ / / )

/

D



LUIS FELIPE NOGUEIRA

4418

HOSPITAL CORONEL MOTA

26/06/2020

Alex

VER. 0.1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Polegar Direito



William gonçalves franco

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPEDIÇÃO:

13/10/2016

REGISTRO  
GERAL

239717

NOOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATIVIDADE

SANTA INÊS - MA

DOC. ORIGEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

AMADEU ROCHA TRIANI

Portaria Presidencial - Decreto de 1978

2 VIA

DATA DE NASCIMENTO

09/12/1978

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

P 1

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200255457      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO      **Data do acidente:** 29/02/2020      **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 23/07/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA PROXIMAL DE FÊMUR + FRATURA DE TÍBIA E PÉ DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO + HASTE INTRAMEDULAR + FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. (P3 P4 P8 P22 P50)

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

**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 MODERADO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0201225/20

**Vítima:** LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO

**CPF:** 017.115.952-76

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 29/02/2020

**Titular do CPF:** LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO

**Seguradora:** BANESTES SEGUROS 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

### LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO : 017.115.952-76

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: 17/07/2020  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/07/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

## PROCURAÇÃO

### **OUTORGANTE :**

NOME: Luiz Felipe Nogueira Rego  
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro  
PROFISSÃO: autônomo RG: 356710-9  
CPF: 017.115.959-76 ENDEREÇO: R. Jorge de Souza Faria  
BAIRRO: Alvorada CIDADE: Boa Vista  
CEP 69.317-232

VÍTIMA: Luiz Felipe Nogueira Rego  
CPF: 017.115.952-76 DATA DO ACIDENTE: \_\_\_\_\_  
NATUREZA:  DAMS  INVALIDEZ  MORTE

### **OUTORGADA :**

NOME: William Gonçalves Firmino  
NACIONALIDADE: Brasileiro  
ESTADO CIVIL: Casado  
PROFISSÃO: autônomo  
Nº DO RG: 239117 ÓRGÃO EMISSOR: SSP- RR  
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16  
Nº CPF: 825.396.343-20  
ENDEREÇO: Rua C214 294, Inresa Moreira

### **PODERES:**

Para requerer o seguro DPVAT por invalidez, 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.

Boa Vista - 07 de julho de 2020

Luiz Felipe Nogueira Rego  
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.